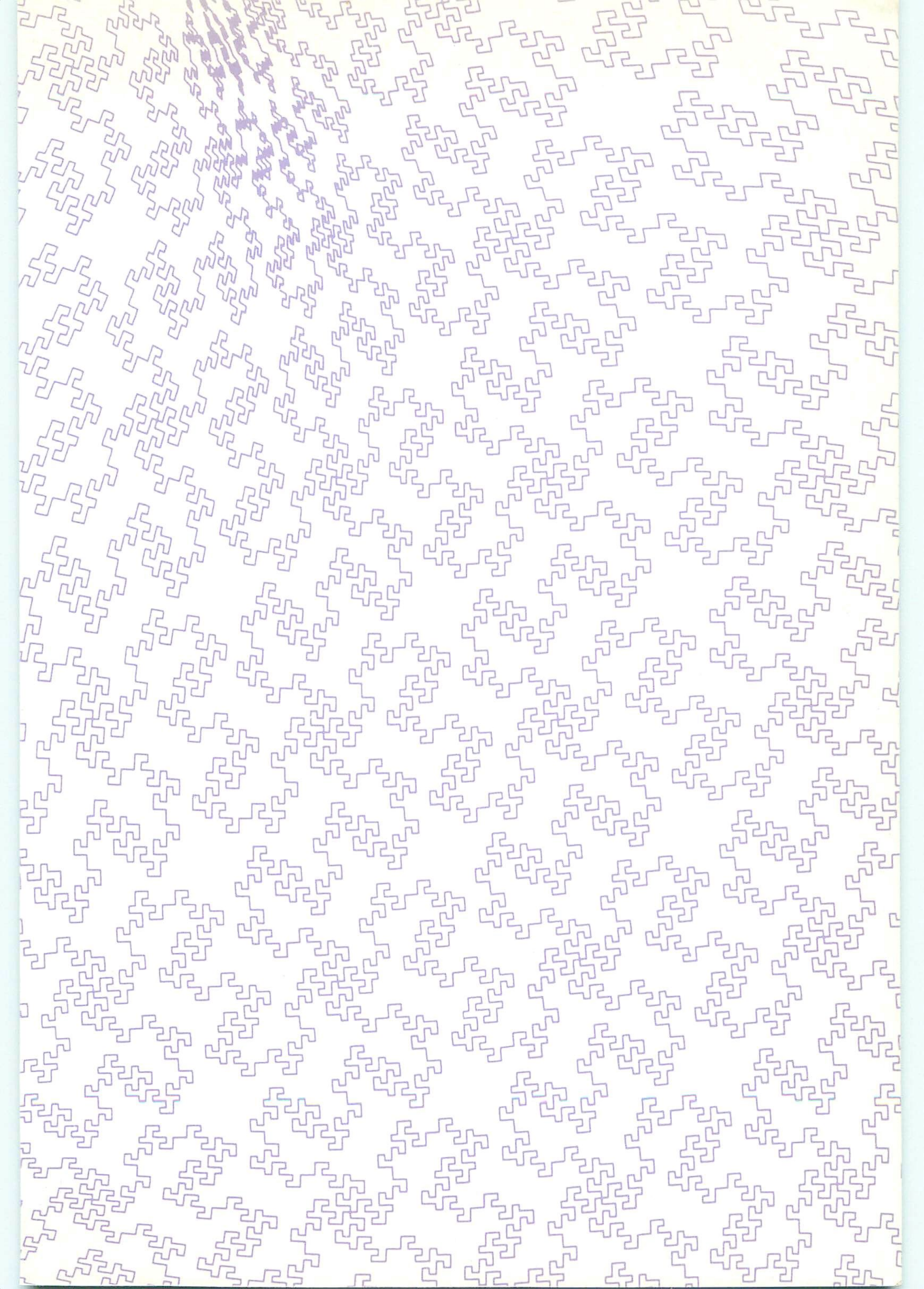
別冊宝島429

わかりたいあなたのための

異常心理・入門

不安の時代を読み解く36の精神病理

演技性人格障害、醜形恐怖症、多重人格、
ストーカー、うつ病……
誰もが自己の内部に抱え込んでいる
「こころの病」のケースブック!

わかりたいあなたのための

異常心理・入門

不安の時代を読み解く36の精神病理

わかりたいあなたのための

異常心理・入門

不安の時代を読み解く36の精神病理

INTRODUCTION

「こころの病」の原因はさまざまだ

私たちは、誰でもこころのなかに少なからず病んだ部分をもっている。それが何かのきっかけで、たまたま「こころの病」として現われてくるにすぎないのだ。

多くの人は、そのきっかけに対して、うまく自己を防衛しながら、何とか日常を送っている。問題への対処の仕方や独特の行動パターンが少し変であっても、それは時として個性として受けとめられる。

ただ、不幸にもうまく自分を守れなかった人々が、「こころの病」を担ってしまうのだ。

たとえば、ダイエットの目的で食事を摂らなくなった少女。みるみる体重がへり、痛々しいほどの姿になっても、自分はまだ太っているという。彼女自身、痩せていれば周りがちやほやしてくれるという思いにとらわれてしまっていた。同時に、相手にしてくれないことへの強い不安が彼女を支配していたのだ。小さい頃から明るく活発な子どもだったが、いつしか両親への甘えを「抑圧」し、けなげにも周囲が求める理想像に自分を合わせることが彼女の人生だった。その背後には、自分なりの考え方や感覚の希薄さがあったのだ。

あるいは、何回も整形手術を繰り返し、それでもまだ納得がいかないという男の子。ハンサムな顔立ちでも、本人はとても悩み苦しんでいる。成績も優秀だったが、進学した学校では周りの学力

も高かった。それまでの勝者の立場を失ったのだ。周囲から期待される望ましい自分を示すこと――これが彼の願いだった。そのための手段が整形手術だった。

あるいは、何度となく自分の手首を切りつけてしまう少女。本当に死のうとしているのではなく、発作的に傷つけ、血をみたとたんに我にかえるという。明らかにされたことは、母親との不安定な関係だった。母の愛情を執拗に確認することで安心感を得たいと願いながら、期待どおりの反応がないと敵意がむき出しになる。親からの精神的な自立を、彼女はどこかで否定しようとしたことが、自傷行為に駆り立てていたのだ。

きっかけは一つでも、こころの病をつくる要因はいろいろとある。そして、その症状も一人ひとりの顔が違うように、さまざまに異なるのだ。それは、その人個人の人生の意味が反映されている。もしかすると、こころの病の症状すらも、死や人格崩壊にいたる手前での必死の防衛なのかもしれない。

ここには36の「こころの病」が紹介されている。幼少期から老年期にいたるまで、さまざまな病をケースとともに解説した、いわば不安の時代を読み解く「こころの病」のカルテだ。大切なことは、病気をよく理解することによって、誰もが陥るかもしれない病に対して過度の恐れを抱かないこと。自分にも思い当たるふしがあるなら、時には自己の内部に光をあててみること。そして、病を担ってしまった人を隣人として理解すること。これからの時代には必要なことだ。

そこには、私たち〝人間という症候〞の豊かな意味が広がっているのだ。

別冊宝島編集部

PART 2

記憶の中に棲み続けるこころの傷▼▼▼トラウマの病理

PART 3

抑えられない欲望▼▼▼衝動の病理

PART 4 認知のしかたがひずむとき▼▼▼行動の病理

PART 5 精神の病の根本問題▼▼▼感情の病理

PART 6 人間関係を歪めるストレス ▼▼▼家族・社会の病理

エピローグ 「こころの病」とつきあう方法

コラム

表紙立体イラストレーション＝野崎一人
表紙撮影＝任博堂
本文イラストレーション＝安芸良＋金子真理＋工藤六助＋サイコ・オカダ＋ツツミエミコ＋羽生春久
図版作成＝柳真澄
本文手動写植印字＝江口正文（マリオ・アイズ）
表紙・本文デザイン＝中山銀士＋杉山健慈＋平澤眞佐子

PART ▸ 1

偏った性格がもたらすもの

［パーソナリティーの病理］

境界性人格障害(Borderline Personality Disorder)

"良い・悪い"に分断された感情

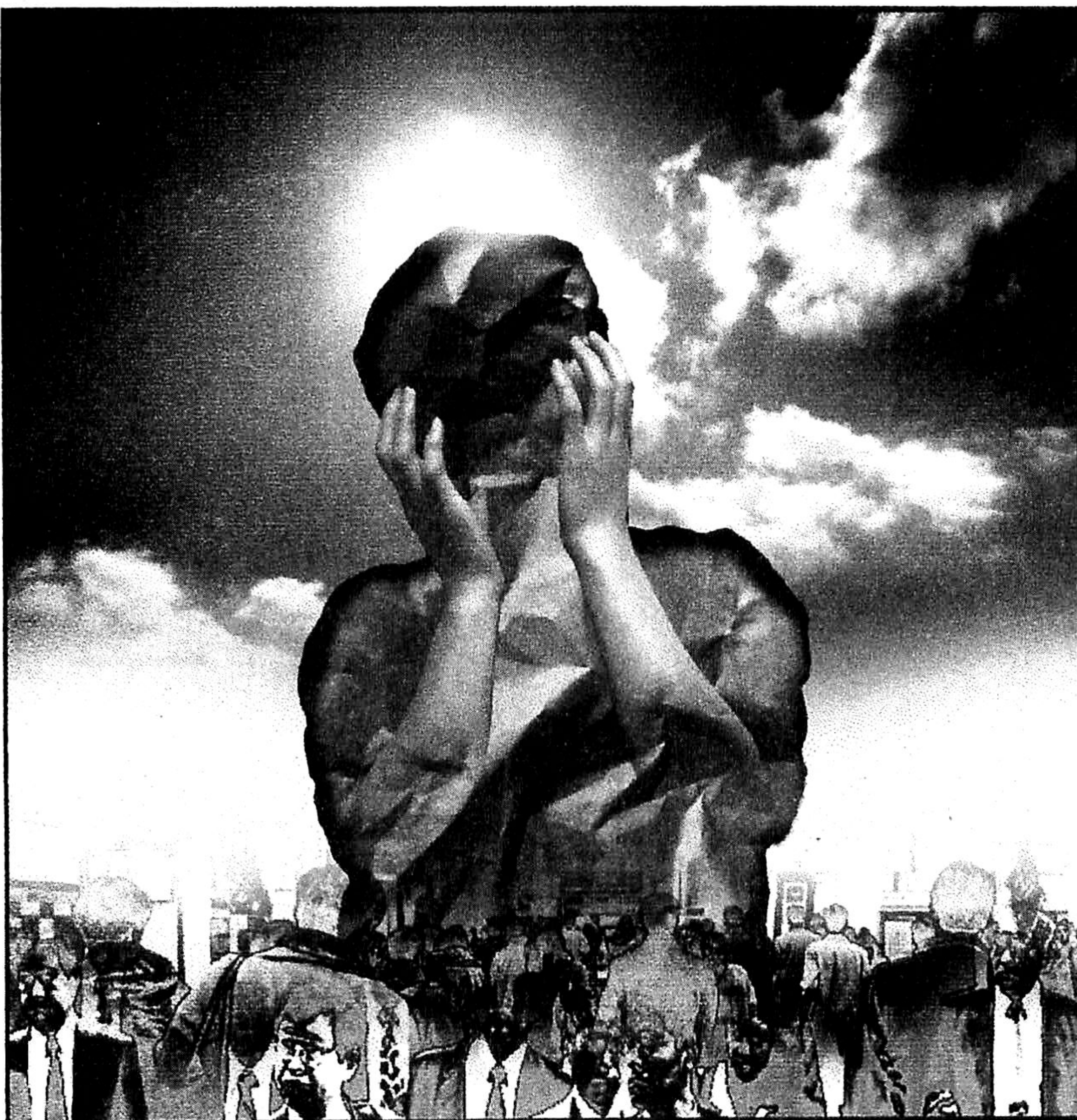
人格障害は、「病気」とは異なり、あるときに始まり、あるときに終わるといった人生における異質性は認められない。

澤原光彦

境界性人格障害は人格障害の一つだが、人格障害自体が異論の多い概念である。また、「人格障害」という言葉が含む価値判断的ニュアンスを避け、「パーソナリティー障害」「パーソナリティーの歪み・病理」という表現を推奨する立場もある。ここでは字数の都合で「人格障害」を主に用いる。

笠原嘉氏によれば「心の不調」は、心の病気の系列と人格障害の系列の二つに大きく分けられる。「病気」は原則的にある時点で始まり(発病)、ある時点で終わる、その人の人生の流れの中で異質な一時期である。また、そこにはなんらかの原因が想定される("今のところ、まだよくわからないのだが"という意味合いの**内因**も含め)。そして、心の病気の系列では比較的軽いものを**神経症状態**、重いものを**精神病状態**という。

ここでは、①通常の精神状態からは了解が困難で、②当人の社会的機能を損ない、③当人の現実検討力を損なうような症状を「精神病症状」と呼び(たとえば幻覚や妄想など)、一般にこの精神病症状の有無が「神経症」と「精神病」の区別のポイントとなる。神経症患者には原則的に精神病症状は認めない(ただし例外的な事態もある)。

一方、「人格障害」とは、その人が属する文化が認め許容する平均から相当に偏り、社会生活に困難が生じるような、当人が青年期以降に長年続けてきた感じ方、考え方、世間への対し方、生き方の問題である。「病気」とは異なり、あるときに始まり、あるときに終わるといった人生における異質性は認めない。笠原氏は、その人の「人とな

り」と呼ぶ。

だが実際には、病気と人格の関係は簡単ではない。土居健郎氏の整理に従えば、

①ある人格特性は病気の発生を導きやすい。

②逆に、ある人格特性は発病に対して阻止的に働く。

③人格上の変化が発病の兆しの場合もある。

④病気の後に人格変化が残ることはきわめて多い。

このように人格と病気が密接に関連しているのも事実である（後記の「分裂病型障害」の例もある）。

「境界例」概念の歴史をみてみると、一九二〇年代頃から「神経症とみなして精神分析治療を行なうと精神病症状を呈する一群の患者」が存在することが知られ、「神経症の仮面をかぶった分裂病」などといわれた。以前から指摘のされていた「潜伏分裂病」としての観点である。一九五〇年代に「境界状態」という概念が提案され、「境界例」を分裂病圏の状態とみなす考えから「神経症と精神病の移行状態」とみなされた。一九六〇年代後半に「境界性症候群」「境界性人格構造」などの考えが提出され、人格構造の特異性が注目された。

一九八〇年のアメリカ精神医学会診断基

準ＤＳＭ－Ⅲ（第三版）で、「境界性人格障害」が人格障害の一類型として記載され、それまでの精神分析の関連領域から精神医学領域全体に広く認知される決定因となった。このとき、名称を「不安定性人格障害」とすべきだという意見も強く存在した。

また、ＤＳＭ－Ⅲでは「分裂病型人格障害」と「境界性人格障害」を人格障害の異なった類型とした。かつての「境界分裂病」「潜伏分裂病」などとも呼ばれた群は、分裂病型人格障害に該当すると考えられる。したがってＤＳＭ－Ⅲ以降、「境界例」は分裂病型人格障害と境界性人格障害に分割され、分裂病型人格障害は**精神分裂病**との関連が、境界性人格障害は**感情障害**との関連が問題となるようになったと要約できる。

なお、ＤＳＭでは一貫して分裂病型人格障害を人格障害の一つに分類しているが、一方、国際疾患分類ＩＣＤ－10ではほぼ同等と考えられる「分裂病型障害」を「精神分裂病、分裂病型障害および妄想障害」として分裂病圏に含めており、人格障害と病気の区分けの困難さを示している。

境界例は類型か？深層の構造か？

これまでも「境界（ボーダーライン）」という言葉は多義的に用いられ、牛島定信氏は「境界」の四つの意味として、①分裂病との境界、②うつ病との境界、③人格障害の一類型の境界（ＤＳＭ－Ⅳ［第四版］など）、④精神構造的機能水準を示す境界（Ｏ・Ｆ・カーンバーグなど）、としている。

「境界性人格」「境界例（的）」などの言葉は、曖昧で混乱を招きやすく慎重な使用が望まれる。とくに、行動や症状を記述する概念としての「境界性人格障害」なのか、自己防衛（防衛機制）の用い方・自我のあり様など深層心理のダイナミズムを表わす概念としての「境界性人格構造」なのかは常に区別を必要とする重要な問題である。

カーンバーグは、すべての精神障害を次の三つの人格構造水準に整理した。

①精神病性人格構造――人格発達の最も低い水準で、自我の境界が不明確で現実を検討することができないままの状態。

②境界性人格構造――自我の境界は形成され、現実を検討する能力は獲得されているが、自己や対象の「良い」側面と「悪い」側面が統合されず、対象との分裂的な関係にとどまる。用いられる主な防衛の方法は「分裂（スプリッティング）」である。

③神経症性人格構造――自我境界が確立され、分裂が統合され自己同一性が獲得された水準。用いられる主な防衛の方法は「抑圧」である。

このように「境界性人格構造」は相当に広い概念で、人格障害のさまざまな類型の大部分は、背景にこの境界性人格構造を持つことになる。カーンバーグは最近、「ハイレベル境界性人格構造」に該当するものとして「依存性」「演技性」「自己愛性」などをあげ、「ロウレベル境界性人格構造」に該当するものとして「分裂病質」「境界性」の二つを中心に、前者に関連して「分裂病型」を含むいくつかの類型をあげている。

近藤直司氏らは境界性人格障害と境界性人格構造について整理したうえでその結論として、

①「境界性人格構造」という概念は、非常に複雑な人格障害の臨床的問題を整理した点で画期的であり、性格傾向の診断とともに用いるならば臨床的な有用性は高く、

②「境界性人格障害」という用語は、それが採用されたときは意味があったが、むしろ歴史的意義にとどめ、「境界性人格構造」と紛らわしいために異なった用語を考案すべきだとしている。

境界性人格障害の診断基準は、ICD-10では「情緒不安定性人格障害、境界型」となり、DSM-Ⅳでは「境界性人格障害」となる。診断基準の内容は成書を参照していただきたいが、診断上の重要性からすると、①強い不安定な人間関係、②慢性の自己破壊行動、③慢性の「見捨てられ感情」、④慢性の不愉快な気分、⑤認知歪曲、⑥衝動性、⑦貧しい社会適応、の順にあげられるという。

背景の精神病理の特徴は前に述べたように「分裂」の機制を中心とした、原始的な防衛機制である。「分裂」において当人は自分自身や周囲の対象が「すべて良い」か「すべて悪いか」に分割され、そのために自分や他者についての感情や評価が完全に逆転する。また、状況に反応して一過性精神病のエピソードをきたしたり、妄想的視線恐怖や体臭恐怖などの部分的精神病を示すこともある。それにも、分裂や投影性自己同一化といった原始的防衛機制が関与していると考えられる。

▼ケース　皆の中にいると怖い

A子は幼少期、両親が多忙なため祖父母により養育された。祖母は身体が不自由なこともあってか、しばしば、癇癪を起こし、些細なことで不意にA子を物差しで叩いた。

中学生のとき、成績は優秀でとくに英語と美術では傑出していたが、一方で遠慮なく教師のミスを指摘することもあって、職員室での評価は極端に分かれた。また、通学中に同級生が痴漢にあった頃から、電車の吊り革が握れない、何回も手を洗わずにはいられないという不潔恐怖・強迫症状が約半年間続いた。

高校では英語サークルと美術部に所属した。サークルの先輩からラブレターをもらい、それが「先輩を誘惑した」としてサークル内で孤立した。不眠・食欲不振・嘔吐・脱毛が続いたが、担任と美術部顧問の励ましで通学は続けていた。授業中に過呼吸発作を起こして救急車で搬送されることが続き、「修学旅行で過呼吸発作を起こされたら困る」と級友が話しているのを聞いて以後、不登校となった。不登校の期間中に数回の手首自傷があった。結局、高校は中退し大学入学資格検定試験を経て、X大学看護科に進学した。

進学後、「皆の中にいると怖い」「皆は私

を足手まといに思っているのでは」という不安が強くなり、頭痛・肩こり・不眠・食欲不振が強まった。夜間、再三郷里の自宅に電話をしては、缶ビールを飲んで寝るようになった。身体も痩せてきて、遅刻も多くなったA子を心配した看護科指導教官に連れられX大学精神科を受診した。

診察したB医師は「うつ状態、自律神経失調」と伝え、アルコールを控える旨を指示し、抗うつ薬と睡眠導入剤が処方された。通院二カ月目、B医師不在時のC医師の対応がA子には「あまりにも機械的・官僚的」に感じられ、その夜二週間分の処方薬を全部飲み、直後に母親に電話をした。母親からアパート管理人を経て、救急車が呼ばれA子はY救急病院に入院となった。

Y病院での新主治医・D医師はA子の気持ちに配慮しようと努め、A子も「やっと私のことをわかってくれる先生に出会えた」とD医師の前では模範的な患者として振る舞った。しかし一方で、看護婦の些細なミスに「それでもY病院の看護婦なの」とひどく怒り、興奮から過呼吸発作を起こしたりした。

次第にA子の興奮を収めるにはD医師の対応が不可欠になり、D医師不在の前日には決まって過呼吸発作・失神・激しい腹痛などが生じた。やむなくD医師が黙って学会出張に行ったときには、A子は看護婦詰め所に侵入して大量服薬した。この頃、看護スタッフには「だいたい、D先生がA子に甘いからいけない」という意見が多く、D医師は病棟でも孤立し疲労困憊していた。

ある日、看護婦がA子とD医師を揶揄するような言葉を口にしたことから、A子は激怒して病院の屋上に駆け上がり、投身の構えを示しつつ「病院じゅうで私を苦しめる。どれだけ傷ついたと思ってるの。院長以下、全員土下座して謝れ！」と要求した。この事件のため、A子はZ精神病院に転院となった。

Z病院のE医師は「医師にも看護婦にも病院にも限界がある。A子さんの行動の責任はA子さんにある。A子さんは感情と行動が直結しないように努める必要がある」などと改めて言葉にして明確に伝えた。そしてA子・E医師・担当看護婦が同席する合同面接を定期的に行ない、病棟でA子が感じる不安や不満・困ったことを話題にし、A子の対人関係パターンをそのつど言葉に整理して伝えた。

A子ははじめ「先生は看護婦と一緒に私を責める」と反発したが、E医師は繰り返し「責めているのではない。まずA子さんが自分のことでより上手に困ることができるために必要なことだと思う」と伝えた。次第にA子も自分の気持ちの状態について、客観的に話ができるようになっていった。

このような経過を経て、ある程度、状態が落ち着いたところでA子はZ病院を退院した。

その後も、復学や再度の休学、同時期に入院していた男性との同棲などをめぐってA子は動揺し、再度の大量服薬や深夜に海岸の公園で失神していて救急入院になるなど、治療経過は波瀾に富んだものであった。八

年間に七回の入院退院を繰り返し、その後結婚。現在は、時に軽い抑うつと不安発作を生じる状態で、時々外来受診をしている。

価値判断は偏見へつながる

映画『危険な情事』の登場人物の女性は、「境界性人格障害」に該当するだろうという指摘がある。雛形あきこ主演のTVドラマ『ストーカー・誘う女』では、劇中で小林稔侍演じる精神科医が「ボーダーライン人格障害」という言葉を説明していたというが、筆者はどちらも観ていない。

一方、境界性人格障害の最近の研究では、感情障害との関連、幼児期の精神的外傷体験、遺伝的研究、新たな治療的工夫などが注目を集めている。しかし、それをここに述べる力量は筆者にはない。

ここでは「境界性人格障害」と診断することの意味について指摘しておきたい。学問的には価値判断を含まないはずの概念も、人間集団の中では必ずなんらかの価値的ニュアンスを伴ってしまう。そのこと自体は避けがたいことである。

たとえば、他科のスタッフと協力して診療を行なう**リエゾン精神医学**の現場では、「分裂病」とスタッフに告げたためにスタッフが逃げ腰になり、「ヒステリー」と告げたために患者がスタッフに邪険に扱われるということが実際にはよくある（一般に、「分裂病」より「ヒステリー」のほうが患者が辛い思いをすることが多い。偏見とは治癒の可能性に直結した単純なものでは断じてない）。

「境界性人格障害」という概念と名称にもそのような危険があることは指摘されて久しい。

境界性人格障害の医原性（医療が症状を誘発する）要因の指摘や、概念そのものへの疑念も解決されているとは思われない。「境界性人格障害」の用いられ方は、実際には疑問と混乱が伴いがちだが、臨床的には有用性のある概念である。そして、その用語を使用する人がその言葉に込める意味合いとその言葉が指し示す事態への、その人の姿勢を問い返す言葉でもあるといえる（これは、すべての診断用語にいえることでもある）。

【参照】
▼精神分裂病（178頁）、感情障害（184、196頁）

ブックガイド

「人格障害・分裂のための精神分析的モデル」『精神分析研究』40　O・F・カーンバーグ　岩崎徹也訳　日本精神分析学会
『境界例の力動的精神療法』　O・F・カーンバーグ　松浪克文、福本修訳　金剛出版
「境界パーソナリティ構造（カーンバーグ）と境界パーソナリティ障害」『精神医学レビュー』№20　近藤直司　ライフ・サイエンス
「『ICD-10』をめぐる動き――Personality Disorder（人格障害）」『日常語の精神医学』　土居健郎　医学書院
『精神病』　笠原嘉　岩波新書
『境界例の臨床』　牛島定信　金剛出版

演技性人格障害（Histrionic Personality Disorder）

自分をよく見せるための哀れな演技

自己愛が誇大的になった状態では、自分の望む姿を自らが無理して演じようとするようになる。

朝山健太郎

現在、精神医学の世界では**演技性人格障害**について以下のように診断基準を取り決めている。

「過度な情動と人の注意をひこうとするパターンが浸透しており、種々の状況で明らかになる。成人期早期に始まり、以下のうち五項目（ないしそれ以上）」を満たせば、演技性人格障害ということができる。

（1）注目の中心にいない状況では楽しくない。

（2）不適切なほど、性的に誘惑的および挑発的行動で特徴づけられる対人交流。

（3）素早く変化し、浅薄な感情表出を示す。

（4）自分に注意を向けるため絶えず身体的外見を示す。

（5）過度に印象的だが細部に欠ける話し方をする。

（6）自己を劇化したり、芝居がかったふるまいをし、感情表出を誇張する。

（7）暗示性が高い、たとえば容易に他人や環境の影響を受ける。

（8）対人関係を実際よりも親密なものと考える。

（以上、DSM・Ⅳより）

実は、この診断項目はあくまで経験的な知識と統計的な手法に基づいて、あくまでこういった人たちをこう呼びましょうと言っているにすぎない。したがって、精神科医たちはこの診断基準については常に議論しているが、それはさておき、これが具体的にどのような人たちの、どのような行動を示しているのか想像できるだろうか。できる限りわかりやすく、なおかつ要約が単

なる辻つまあわせにならないように説明していきたいと思う。

誇大的な自己愛

人は誰しも他人に認められたい、褒められたいという気持ちを持っており、その願望が多くの人たちの努力、進歩の強い動機付けとなっていることは言うまでもない。人から評価されるということは現代社会では非常に重要なことであり、人から愛される、褒められる、好かれる、技術を認められる、能力を評価されるという事柄は、良好な社会性を保つうえで欠かせない。そのために人は努力し、仕事での評価を上げるために、あるいは最低限仕事を失わないように努力したり、美しく着飾り、あるいは嫌われないように身なりを整えてきた。

これらの事柄は程度の差こそあれ、多くの人が普通に行なっている。しかし、この努力が、単に通常の社会性を保つため、または人と人との良好な関係を保つため以上の意味を持ってくると、周囲にはそれが不自然に感じられるようになる。場合によっては、当の本人もその不自然さに悩むことがある。そこに「異常性に自ら苦しむか、あるいは異常性に社会が苦しむ」という、**人格障害**固有の問題が生まれてくるのである。

たいていの人は、人から批判や低い評価を受けると傷ついたり、怒りを感じるものだが、健全な人格の持ち主であればそれなりに反省したり改善しようとして努力する。つまり、少なくとも批判されることは人間にとって向上心の源と考えることができるだろう。人から良く思われるようになりたいというこの心理の根底には、**自己愛**が存在する。自己愛は誰にでも存在し、生きていくうえで欠くべからざるものだ。

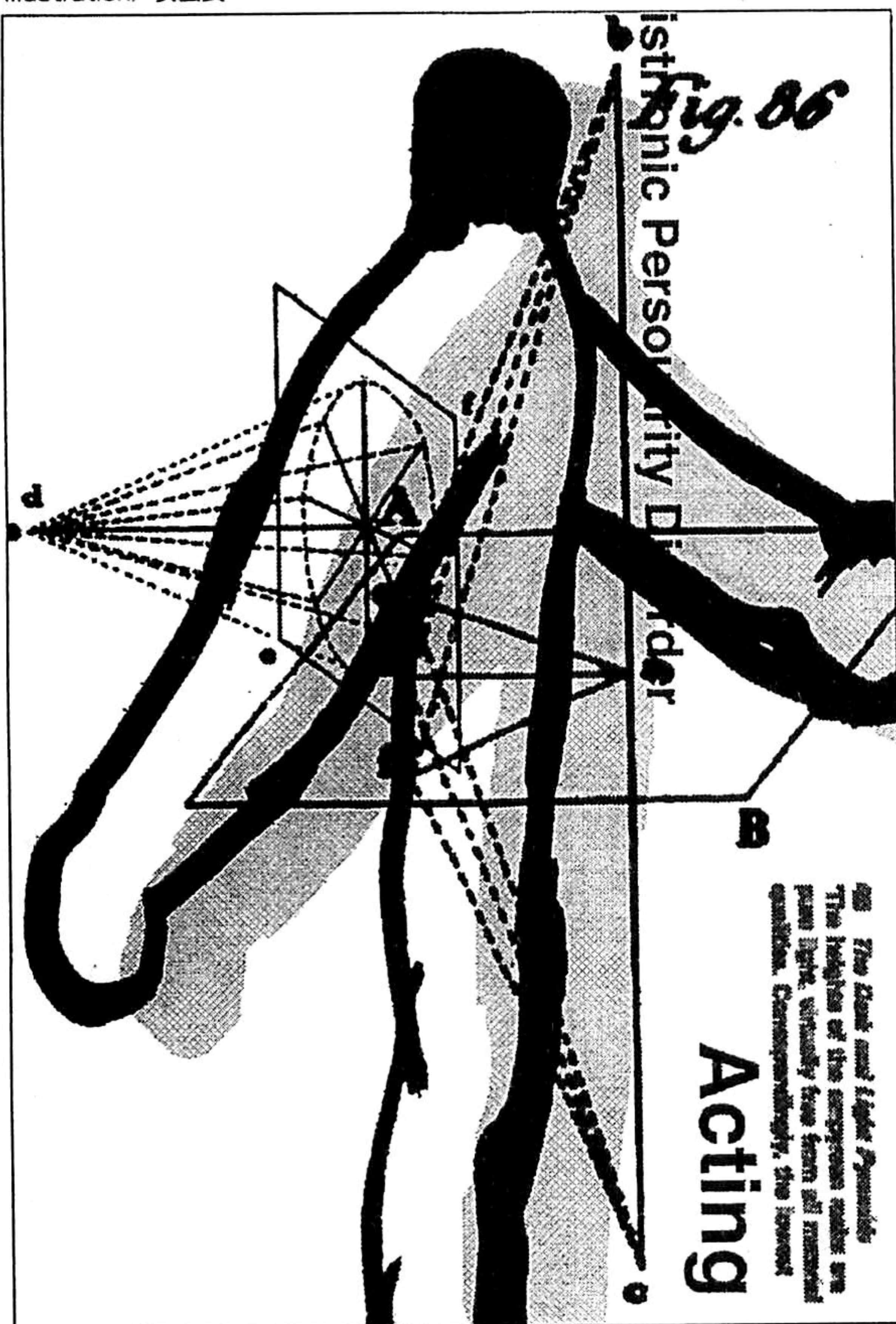
しかしこれが誇大化してしまうと、本来の姿での評価は本人にとって満足するものではなくなり、本来の姿に飾りが必要になってきてしまう。容姿に置き換えれば、過剰な化粧、アクセサリー、服装で飾りたてるといったところだろう。自分が一番なのだという気持ちが強く、それを確かめるために他者からも、自分自身がふさわしいと考える評価を得なければ気がすまない。そこで、誰にでもわかりやすく飾りたてることが必要になってくるだろう。自己愛が誇大的になった状態では、誇大化した自己愛に従って、自分が定めた誇大化した自己愛にふさわしい規律、つまりこうあらねばならないという自分の望む姿を自らが無理して演じようとするようになる。これが演技型のパーソナリティーなのだ。

誰にでも心当たりはあるだろうが、こんな傾向が時に出るからといって障害だと考える必要はない。ちょっと大きめの自己愛を抱くことによって強い前向きの動機を持つことができ、それはそれで良いことだといえる。孔雀が美しい羽を広げているうちは、誰も孔雀が病気だとは考えない。それと同じように、こういった傾向の持ち主は、自己と周囲の評価が一致し、本人が満足していられればそれは華やかで、有能で、注

目を浴びていられるのだ。
それでは、用もないのに四六時中羽を広げている孔雀はどのように見えるだろうか。おかしいと感じるのではないだろうか。毎回毎回、雌が寄ってくることなんてないだろうし、最後には見向きもされなくなってしまうだろう。過剰にそういった態度をとられると、周囲はいちいちその人の言動に感嘆や賞賛を示さなくてはならなくなる。いくらそうしたところで、毎回、同様の反応を求められてしまったら、何が本心なのかわからなくなる。そのため、一見社会適応は良好なのに、周囲からは不信の念を覚えられてしまうのではないか。
周囲が冷めた目で当の本人を見るようになると、もともと他人の視線には敏感なわけだから本人も周囲の視線の変化を敏感に感じ取って、さらに無理な演出をするようになり、周囲をますます白けさせるといった状態になってしまう。加えて自己評価を上げるような演技が限界に達してくると、次には虚言が出るようになったり、自傷行為によって注目を集めようとしたりとエスカレートすることもある。そこまでしなくても、自分の思ったような賞賛や是認が得られないと不機嫌になったり、理不尽に怒ったりとますます気分は安定しなくなる。
また、人の注目をあびるために、過度に性的な態度を示したり、実際に行使することも多く見られる。ここまでくると、いささか問題人物として鼻白く見られてしまうことになるが、こんな態度をとる対象がまだ特定の状況、対人関係に限られていれば、基本的な社会適応は最低限保たれている。
こういった人たちがある種の優れた能力を持ち、その人の属する集団のなかで重要なポジションにいられ、周囲も嫌々ながらその能力を評価している、というようにバランスがとれていればなんとか事は収まりがつく。そのような人たちはちょっと想像してみると、いわゆるプロフェッショナルといわれる集団のなかに多く見られる。芸能人は言うに及ばず、医者、研究者、技術者などだ。もっとも、多くの演技的な人格傾向の持ち主がすべて注目をひくようになれるわけではない。目立つ、注目を浴びるための能力、特技、華やかさなどを持たない、示せない人たちの場合でも、もっと能力や才能を持っているかのような演技をすることはあるが、早い段階で演技が破綻してしまう傾向が強いようだ。

理想への同一化

自己愛を満足させることだけが解決方法ではない。人から思ったような評価が得られないとき、それをなんとかむりやり納得させるという方法もある。自分は自分であり、人の評価が間違っているだけなんだと、まったく周囲の視線を気にせずに、自分のことを理解できない周囲がダメなんだと都合よく考えたり、自分の悪い評価をまるっきり妄想的にいいように解釈してふるまい続ける人もいる。こういった人には、何を言っても自分に都合のいいような受け取り方しかしない。そうすることで自分のいち

illustration／安芸良

ばん大事な「優れている自分」のイメージを自分の中で守ることができるのだ。
　自分の理想とするイメージに近い人物を探しだして、そこに自分の姿を映しだし、その人物を崇拝、傾倒するという方法をとる人もいる。自分の周囲の人間、とくに恋愛の対象となる人物に対して、無理して理想の自分の姿を見せ、その人からの完全なる理想（当の本人にとっての）の評価を勝ち得ることで自己愛を満たそうとする。したがって、こういった人たちは、自分のことを満足させてくれるような人間に対しては驚くほどの従順さ、性的な親密さを持って接していく。
　ほかには、まるっきり自分の都合の悪いことに関しては関心がない、あるいは忘れてしまうというような態度をとり続ける人もいる。とにかく自分にとって都合のいいことばかりよく覚えており、嫌なことと都合の悪いことはけろっと忘れているという方法で自分をうまく守っていく。あたかも、まったく別の人間が存在するかのように状況に応じて人格が変わってしまう。これも、うまく自分では納得しきれないし、心の中での折り合いもつけられない状況を逃れる方法だ。このような人はうまい逃げ道をいくつも持っている。しかし、解決方法としては文字通りひとりよがりなもので、やはり問題人物として扱われてしまってもしかたがない。
　さて、パーソナリティー傾向は厳密にどこからが障害と区別されるようになるのだろうか。先にも述べたように、「自分も困るし周りも困る」といえるときがそうなのだが、本質的には、そのパーソナリティーに従った認知や行動様式が、対象を選ばずに出現するといった点に境界があるようだ。それは、誰に対しても、どのような状況で

も最終的には同じようなまずい結果に終わってしまうからなのだ。人格障害という診断がついてしまう人たちは、問題となる行動を何度も繰り返す。本人が安定していられる環境を維持できているうちはいいのだが、もともとの性格傾向、行動パターンは変わらないので何度も同じ行動をとって同じ結果を繰り返す。そのうちに、徐々に社会性を失って、ますます注目を浴びるための行動が過激化し、多くの場合、自己破壊的となっていく。こうなってきて初めて、人格の問題が顕在化し、単なる性格傾向が障害の域に入ってくるのだ。

　まずい結果を誰彼となく、さまざまな状況で招いてしまう人柄は、やはり障害と考えていいだろう。

自殺未遂も演技

　では次に、どういった行動から障害と判断すればいいのだろうか。実は、診断基準は基準となる程度の問題についてはうまく言い表わしてはいない。診断基準を満たすが、それぞれの項目が軽度である者や、数という点では基準を満たさないが非常に強い傾向を二、三持ちあわせる者とでは、どちらが重症なのかという問題である。このことに関連して、ほかの人格障害の診断基準との重複といった問題もある。

　とくに演技性人格障害の場合、**自己愛性人格障害**、**境界性人格障害**との関連が深く、多くの場合、重複しているという報告もある。また、実際には患者との関わり方が重要な臨床においては病因論の無視されてしまった診断基準よりも、その病態水準、重症度のほうがはるかに重要な問題である。ここに、人格障害の診断基準が持つ問題が存在しているのだ。

　精神力動的な立場からO・F・カーンバーグなどは、人格水準を神経症レベル／環境レベル／精神病レベルに区別し、それぞれの人格障害の類型にこの三段階の病態水準を当てる考え方を示している。とくに境界性人格障害は、それなりに安定しているいくつかの人格障害の破綻した状態である、という考え方を支持する意見も多く聞かれる。演技性人格の持ち主は、自分の評価が保てない、演技が報われない場合、つまり注目の的でいられない場合、不合理とも思える苛立ち、不機嫌さをよく示す。そうなってくると手の込んだ演技が徐々に原始的となり、最後は命を賭けた演技、つまりは自殺未遂、精神錯乱といった、誰もが介入せざるをえないような行動を起こすようになる。見捨てられることへの強い不安といった要素が見受けられる。

母親から無視された過去

　彼らは、どうしてこういった行動や態度をとるのだろうか。こういった人たちの多くは、自分がどうして困った事態に陥るのかわかっていない。もちろん意識してやっているわけではないのだが、意識していないのでちょっとやそっとの指摘をされても良くはならないし、何の助けにもならない。

彼らはずっと昔から、厳密には言えないが精神分析学的に言えば幼少時からそのような思考、行動パターンを身につけてきてしまっているのだ。

彼らがこのような物事の捉え方や行動パターンをとることの原因はいったい何によるのか。これを説明しうる科学的な証拠を持つ理論は今のところない。分裂病、感情障害といった問題については現在さまざまな医学的、生物学的な異常を示すデータが次々と見つかっているものの、人格の問題を示す生物学的な異常性についてのデータはきわめて少なく、しかも漠然とした関連性が述べられているだけである。精神科医のなかにも、この点からも彼らは病気ではなく、医療が関わるべきでない、単なる困り者であると考える人たちも少なからずいる。しかし、心理学的、精神分析学的な側面からは、この問題点の考察が数多くなされており、論理的に解釈していこうとする努力がなされている。

演技性人格障害は、幼時期の母親と子どもの関係において充分な信頼関係がないことから生じるものである。この母親の拒否ないし無視ということが、子どもの関心を父親にかわいがられることに向かわせ、それがやがて過度に演技的な行動、情緒的な表現になるのではないか——そう考える研究者もいる。

彼らの持つ、認知、行動、思考の特殊性がどういった成り立ちを持つのか、精神分析学的な説明をしてみよう。演技性人格障害の患者は、古典的な精神分析理論では精神性的発達における二つの段階で障害を持っていると考えられている。

一つは口愛期における母性の剥奪体験であり、もう一つは同性へのコンプレックスを解決して性同一性を確立させていく段階での困難である。

では治療はどうしているのだろうか。医療機関のなかには「医療が関わるべきでない」という見方から、「人格障害の治療が精神科の最も重要な治療」という見方まで幅広い意見があるが、いずれの立場に立つ場合も、生活するうえで常に問題行動が出現する人々にはなんらかの援助がなされるべきだという共通認識になっている。「医療は関わるべきではない」とする立場の医師たちは、直接的には自分たちは関わらず、カウンセラーや集団精神療法の場などに紹介している。「医療が関わるべき」という立場の医師たちのなかには、効果的な薬物療法があると考えている者もいれば、認知行動療法や精神分析療法によって患者の人格を変容させることができ、また、人格の表現型を適応的なかたちに変えることができると考えている者もいる。

[参照]
▼自己愛性人格障害（24頁）、境界性人格障害（12頁）

●ブックガイド

『人格障害』
福島章、町澤静夫、大野裕編　金剛出版

『あなたの身近な「困った人たち」の精神分析』
小此木啓吾　大和書房

自己愛性人格障害（Narcissistic Personality Disorder）

相手を理解できない自己中心性

「特別な人間である」という自負があるにもかかわらず、常に羨望されたいという欲求に苛まれている。

千葉令子

「自己愛」（ナルシシズム）は、ギリシャ神話に登場する〝青年ナルシスの心性〟に照らしてネガティブに受けとられがちだ。だが、人は誰でも自己愛があるから生きていけるし、〝自己実現欲求〟も自己愛から生ずる願望なのだ。自己愛が成熟していく過程は、即、他者を愛する能力が成熟していく過程である。しかし、なんらかの事情でそれらが阻害される場合があり、健康な自己愛と「健康的とはいえない自己愛」は区別される必要がある。

ナルシスティックな人格の特徴

自己愛性人格障害（『ＤＳＭ‐Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』医学書院）、**自己愛パーソナリティー障害**という分類がある。

自我の発達は「非常に良い自己―非常に良い対象」と「非常に悪い自己―非常に悪い対象」の段階で止まっている。つまり、通常、生まれてまもない乳児は表情やしぐさ、泣き声によって、その身体感覚のサインを養育者に伝えることでコミュニケートしていくが、その過程を通して知覚は鋭敏になり、やがて、それらが「快の感覚」・「不快の感覚」へと分化し、「部分的な自己―対象」（内在化された自己―対象）の良いイメージ・悪いイメージが形づくられる。そして、これら二つの系列の〝原初的な感情（感覚）〟は次第に強烈さを増して、「非常に良い自己―非常に良い対象」というイメージ／「非常に悪い自己―非常に悪い対象」というイメージに変化する。これらは、

生後三カ月～九カ月頃に起こる。

さらに乳児が発達すると、生後六カ月～三十六カ月の間に、「快と不快」の過敏な感情やイメージも緩和されて統合されていく。また、「自己―対象」も分化されていくので、「全体としての自己」と「全体としての対象」というイメージが乳児のうちに形成される。これを〝自我の統合〟という。

また、生後十六カ月を過ぎると、「乳児特有の誇大感・万能感・全能感が収縮される時期」になるが、自我が統合へ向けて進展していない乳児のなかに、誇大感・万能感・全能感が収縮されない場合があり、それが「自己愛パーソナリティー障害」の要因になるといわれる。つまり、「非常に良い自己―非常に良い対象」というイメージが融合したまま継続的に活性化され、それに対して、「非常に悪い自己―非常に悪い対象」というイメージは否認されてしまう。その結果、「自己愛パーソナリティー障害」者は、権力・完全・富・美を追求してやまぬようになり、完全な自己像・光輝く自己イメージを保持し続けることが人生のテーマであるかのように行動する。そのため、他者と競争関係になりやすく、自分は優秀でユニークで、「特別な人間である」という自負があるにもかかわらず、常に羨望されたいという欲求に苛まれるという。

ただし、この状態にあるパーソナリティーでは、**自己同一性**に拡散はみられるものの、現実を検討する能力はあり、体験から学ぶことができる。

自己愛の感情世界

ナルシシズムを招来するおもな葛藤は**見捨てられ抑うつ**である。生後五カ月頃から乳児は母から分離しようとするが、そのときに分離の気配を察知した母が「見捨てられ不安」を感じて引き止めようとしたり、攻撃的になって故意に突き放したりしてしまうことがあり、その関係のなかで条件づけられた〝乳児の、母からの不安の「取り入れ」や乳児自身がそのとき感じる不安や恐怖感〟に関連するという。したがって、心理的自立や独り立ちを阻んだ母、あるいは母に代わる養育者への恨みが非常に根強く、〝そのイメージ〟を、成長過程に巡り合わせた父をはじめとする多くの人々に重ねるので、複雑で混沌とした葛藤の様相をみせるが、葛藤は防衛されており、表面上はみえにくい。

とはいえ、母を取り巻く環境（三世代、四世代同居）、共働きの場合や父母の関係、乳児自身の先天的な対人関係能力などもあり、一律に、母の側の「見捨てられ不安」と関連づけられないようだ。

通常、三歳頃になると、幼児には〝正常な自己愛の基盤となる「自分は自分である」という恒常的な感覚〟が生まれ、他者が自分と同じ思いや考えを持っているとは限らないことが〝理解〟できるようになる。しかし、この場合はそれらが達成されていないために相手を「理想化」して一体感を持ち、他方では相手の弱みや強みを利用した自己中心的な対人関係様式に依存しやすい。

また、性格や人格の発達が低水準にあるほど、攻撃性と性的欲求が容易に結びつきやすいといわれ、みせかけはともかくとして、異性への性的関心は加虐性を秘めている。

▼ケース　職場での暴言、そして解雇

父は商社マン、母はブティック経営（服飾デザイナー）をしており、二人姉弟の長女である。

母が働いていたので、生後三カ月から保育所に入所していた。四歳になると、父の希望でミッション系の有名女子大の付属幼稚園に入園し、そのまま大学へ進む。英文学を専攻し、成績は上位だった。本人は、就職するまでは順調な日々だったと言う。

大学を卒業すると、教授の推薦で一部上場企業に入社し、ＯＬとして本社に一年余り勤務するが解雇された。大学では良家の子女ばかりだったが、「会社の同僚はみな短大卒で育ちの悪い粗暴な子ばかりだった」という（後に思い込みだったことに気づくが……）。職場について父と話しているうちにその感情が増幅され、暴言を吐くようになった。そのうちに、上司が仕事をさせてくれなくなり解雇を言い渡された。

解雇されると、最初に「お前がそんなに出来が悪いとは思わなかった」と、父になじられたのが非常にショックだった。退職して三カ月経った頃、両親との会話に傷つきどんどん落ち込んでいく〝その自分〟が怖くなって、知人の紹介を受け来室した。

1期・ラポール（親近感）の形成

解雇された職場のことを中心に話し、まとまりのない内容だったが、注意深く聞き、丁寧に明確にしていくと、理解されている感じが浸透したようだ。彼女の表情が和み、次回の面接を自分から予約するようになり、とりあえず、ラポールが形成された。

2期・父親との葛藤の表出

父は早く再就職しろと言ったり、お前には無理だから結婚相手を見つけろと言ったり、その時々で言うことがコロコロ変わるので、そのたびに自分は大揺れに揺れ、とても辛いと語る。母は、早く再就職してよい相手を見つけ結婚しなさいと言う。でも、再就職してもまた失敗するかもしれないと思うと不安が先にたち、決心がつかない、そう言いながら結婚紹介センターの資料を取り寄せたりする。夢の内容は、本人の不安を映し出したものばかり。

筆者が脈絡の乏しい相矛盾し交錯した感情を、本人が理解しやすいように繋ぎなおして伝えていくと、そのたびに「ああ、そうです、そうです」と、現在の自分の苦悩が、少しずつみえてくる様子だった。また、脈絡のとぎれがちな表現に関連し、「分裂」の機制がとくに働きやすい点を指摘し、接続詞をつけて話すようにたびたび促した。

すると、これまで父の敷いたレールにのせられて、自分の考えで行動していなかっ

illustration／ツツミエミコ

たと気づき始め、父にも反論できるようになる。「自分は特別な人間」と思っていたのも、一つには父に同一化していたからだったと気づくようになった。

3期・対人関係の葛藤の表出、そして自―他の分離

父母との葛藤に巻き込まれまいと、極力自分から距離をとるようになる。しかし、父のパソコンを触っているうちに興味が湧き教室に通い始めるが、教室での対人関係で葛藤を起こす。それに関連した再就職への不安や検定への不安の夢が数多く報告される。

しかし、その背景には、①干渉する父、②以前の上司、③以前の職場の同僚・女性――への恨みが残っており、教室の年上の男性や先生や友達にそれらを「重ねてしまう」ので腹が立ち、葛藤を起こしてしまうことを理解していく。どんなタイプの人に腹を立てやすいのかも次第に気づいていく。すぐカーッとなるので、以前の職場と重ねて、再就職しても辞めさせられるのではないかという恐怖を感じてしまうことも理解していった。

その間、筆者は、〝恨んでしまう自分を責めずに受け入れること（自己受容）〟の大切さを伝え、〝自責へのとらわれは本質を見失う〟ことや〝以前の恨みを、いま自分の周りにいる人々に重ね葛藤する傾向・投影性同一化〟について、何度も指摘した。

4期・対人関係能力の向上、職業選択→就職・終結

他人の気持ち・痛み・機微を理解する能力や、適切な自己表現能力もついてくる。勉学への意欲が増して、第二種情報処理技術者（国家資格）試験にも合格する。学生時代の友人に久しぶりに会い、結婚・家庭・子どもについて聞かされ、「私はまだ結婚はしたくない」と決心がつき、再就職。いずれ、第一種情報処理技術者を目指すという。結婚を考えるときがきたらまた来室したいというので、本人の希望を受け入れ終了した。

社会病理への影響

「自己愛パーソナリティー障害」とおぼしき人々は、私たちの身近に意外に多く存在する。

指示内容がコロコロ変わり社員を泣かせ意欲をそいでしまう中小企業のオーナーや、部下を手足のごとく使い〝その業績をわがものにして出世していく〟企業や官庁の上司たち。はたまた、卓越したアイデア・マンとして、国家の将来を見据えた施策を提案し実践しながら、その壮大な理念とは裏腹に私欲のためにそれを利用し、墓穴を掘ってしまった元トップ官僚。かつて、国土全体にわたる遠大な経済構造改革を打ち出し日本列島の工業化を加速させつつ、他方、国家首脳の座にありながら土地ころがしで資産を殖やし、ついに汚職スキャンダルで失脚した政治家などがそのおぼしき人々であろう。

知的水準が高く、企画能力にすぐれ、営業的センスを兼ね備えている場合、出世の確率は高くなる。その人たちがステータスへの願望が強く、**否認**の機制（メカニズム）も強固な、いわゆる「自己愛パーソナリティー障害」であったりすると、国家・社会・国民におよぼす影響は計り知れない。しばしば、社会病理の主役を演じてしまうことになるのである。その最たるものがバブル経済を舞台裏で演出した人々ではなかったろうか？

自分は特別な人間？

読者のなかで、心あたりのある方は「自分は特別な人間」というイメージや感覚があるかどうか、ご自分をチェックしていただきたい。もし、あれば、

①それを、しっかり自覚すること。

②自覚できるようになったら、次に、そのイメージや感覚の背後に、どんな気持ちや感情が存在するのかを勇気を出して掘り下げていただきたい。

③さらに、できれば、「①②をいつか統合したい！」という意思を持ち続けていただきたい。

以上は、セルフ・カウンセリングの一助になるはずである。たった一度の大切な人生にみずから墓穴を掘ることのないように！　筆者の切なる願いである。

最後に、ケースの公開を承諾していただいたAさんに、心から感謝申し上げます。

ブックガイド

『対象関係論とその臨床』
O・F・カーンバーグ　前田重治監訳　岩崎学術出版社

『自己愛と境界例』
J・F・マスターソン　富山幸佑、尾崎新訳　星和書店

『境界例の臨床』
牛島定信　金剛出版

回避性人格障害(Avoidant Personality Disorder)

対人関係に潜む拒絶感

幼児的万能感から脱却できず、自己の傷つく状況が予想される場面では、必要以上に回避的になってしまう。

影山任佐

回避性人格障害は比較的新しい概念で、一九六九年に心理学者T・ミロンが提唱したものである。ドイツの精神医学者**K・シュナイダー**（一八八七〜一九六七年、ドイツの精神医学者）の精神病質概念の十一類型の無力性型が依存性とこの回避性人格障害に分けられている。DSM-Ⅳでは表のような診断基準が設けられている。対人関係の能力と欲求はあるが、拒否や否定、恥、不適切感などの過敏さ、あるいは自信欠如、不全感などの無力感から対人関係を回避することが特徴的な人格障害である。拒絶や侮辱、恥への敏感さの根底にあるのが、低い自己評価、自信の欠乏である。自己を全面的に受け止めてくれる肯定的雰囲気にはとけ込め、自然に振る舞える。しかし些細な非難にも敏感で、傷つきやすく、嫌われたり、馬鹿にされるのを恐れ、社会から身を引き、人との交わりを避け、責任の軽いことしかしないようになる。

▼ケース　批判への過剰な反応

1　男子大学生

東京近県の二人兄弟の末子として会社員の家庭に生まれる。母は元保健婦で、現在は専業主婦である。母は活動的で、積極的。兄は私大を卒業して、現在会社員。本人はいわゆるマザコンで、幼少時期より内向的、

表	回避性人格障害

社会的制止、不適切感、および否定的評価に対する過敏性の広範囲な様式で、成人期早期に始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち、4つ(またはそれ以上)で示される。

(1) 批判、否認、または拒絶に対する恐怖のために、重要な対人接触のある職業的活動を避ける。
(2) 好かれていると確信できなければ、人と関係を持ちたいと思わない。
(3) 恥をかかされること、またはばかにされることを恐れるために、親密な関係の中でも遠慮を示す。
(4) 社会的な状況では、批判されること、または拒絶されることに心がとらわれている。
(5) 不適切感のために、新しい対人関係状況で制止が起こる。
(6) 自分は社会的に不適切である、人間として長所がない、または他の人より劣っていると思っている。
(7) 恥ずかしいことになるかもしれないという理由で、個人的な危険をおかすこと、または何か新しい活動に取りかかることに、異常なほど引っ込み思案である。

『DSM−Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院(1995)より

穏和で、なにごとにも自信が持てない。他人の批判や非難にひどく敏感で、このため友人が少ない。小学校時代から成績は優秀だが、クラス委員時代、まとめ役としては指導力に欠け、クラス会の発言に対し、級友たちから非難が出て以降、人前での発言や主張を極力避けるようになった。

高校は地元の有名進学校に入学し、理数系が得意で、暗記ものは苦手である。高校も国立大学へもあまり勉強せずに入ってしまった。大学に入学した年の秋に、体育のサッカー実技の時間に寝坊して遅れ、結局出席しなかった。このためチームを組む学友たちに迷惑をかける結果となったが、謝りたいが謝罪に慣れていないことや、学友からの非難を恐れて、以後、大学に行かなくなった。自宅を出るときには大学に行く素ぶりで出かけ、ゲームセンターなどで時間を過ごし、夕方帰宅する生活が半年続いた。

一年後期の試験も受けず、落第決定となった一年修了の春休みに、親に落第を説明できず、家出をして母の実家がある東北の港町までたどり着いた。そこで海中に投身自殺を図ろうとしたが決行できず、母親の実家の叔母を訪ね、その晩、どうにか本人から叔母に事情がうち明けられた。叔母から心配していた本人宅へ電話連絡がいき、叔母より母へ事情がうち明けられ、母は初めて真相を知り驚愕した。

こうして筆者のもとへこの学生と母親が訪ねてきて、カウンセリングが開始された。その後、紆余曲折はあったが、この学生はどうにか卒業し、修士課程に進学した。

2 大学院生

中部地方出身の修士院生。修士二年目になったころより、研究室に出てこなくなった。このため指導教官が心配し、筆者のところへ相談に見え、本人のカウンセリングが開始された。事情を聞くと、周りの学生みんなが自分より優秀に見え、学部学生当時より、自信を失い、些細なことでも皆に嘲笑され、馬鹿にされるのではないかとび

くびくした毎日を過ごすようになった。

視線恐怖が始まり、**赤面恐怖**も出現した。ゼミ指導教官に初歩的な質問と嘲笑されるのが怖いという理由で、ゼミでの質問や指導を回避し敬遠する。ゼミでの発表の前になると大学へ出てこないといったことが幾度か繰り返された。筆者は当人の了解のもとに、指導教官と連絡を取り、当人の負担を軽くしてもらうなどの環境調整を行なった。

指導教官によれば、本人の成績は優秀で、ゼミでの発表も皆が感心しているのに、本人がなぜそんなに自信がなくて、弱気なのか理解に苦しむということであった。本人によれば、教官や周囲に本人の能力以上のことを期待されているような気がして、負担しか感じられない。しかも当人は、小さいときから秀才ともてはやされ、賞賛に慣れきってしまっていた。挫折や失敗を知らず、その発生とそれに伴う恥辱と敗北感、自分の本当の中身が皆に暴露されることへの恐怖が強い。

カウンセリングが進む過程で明らかになったことは、この学生の両親が高学歴で、彼への期待が大きく、この期待に応える優等生を幼少時期から彼は演じ続けてきた。姉二人も有名大学の卒業生と在校生であった。この過剰な期待と高い完全欲求の束縛からの解放が、まず治療の目標となった。**集団精神療法**では同じような悩みを抱いている同世代の学生たちの話を聞き、このような悩みは自分だけでないことを理解し、無用の孤立感から脱却できたことが治療には重要な転機となり、無事修了し、現在、大手民間会社研究所で活躍している。

過剰適応の「いい子」

ケースで紹介した大学院生との面談では、次のような会話が筆者と交わされた。

人間は神ではない。完全無欠ではない。失敗は誰にでもある。人間の学名ホモ・サピエンスのホモや、英語のヒューマンの言語であるラテン語のヒュームスは「土」を表わす言葉であった。人間とは土から生まれ、土へと還る存在であるということでもあるし、また「大地に縛りつけられた存在」ということから由来するともいわれている。我々は神のように、天使のようには天上高く飛び立てない存在なのである。神のような万能感を現実の人間は持たないし、持てないのである。

学問は未知の部分が多いし、知らないから研究をするわけである。無知は恥ではない。むしろ無知から出発するのであり、無知を認め、そこから未知の領域へ旅立つ勇気と知恵が学問の面白さである。マニュアルのような解答がない。大学院とは、そういう未知の領域の答えや現在ないものを探求する場なのである。

現代の高度情報化社会、マルチメディア社会にあっては子ども時代から直接の生の体験が乏しくなり、ますますこの傾向が強まることは必然である。しかも大多数の児童は激しい受験戦争や偏差値重視の教育制度においてこれにのみ没頭しないわけには

いかず、独自の価値規準に基づいて自己主張し、行動しようとすると、教師や親など周囲の人間や学校制度、校則などと軋轢を生じ、大きなストレスを受けてしまう危険が高い。筆者の外来でも、このような相談を受け、診療する個性豊かで才能溢れる生徒のケースは少なくない。

文明評論家のマンフォードは、その主著において次のようなことを述べている。つまり、「極度に客観的であることを誇りにしているこの非個性的で規律的すぎる機械文明のなかでは、自発的行為とはたいてい犯罪行為の形をとるものであり、独創性はその主なはけ口を破壊の中にみつけることになる」。多少過激だが、言わんとすることは理解できる。

結局、周囲の期待の圧力に屈するしかないとしたら、多少目先のきく子なら「長いものには巻かれろ」方式で、抵抗をあきらめ、良好というよりも、むしろ過剰に適応して、「いい子」になる。この結果、受験に役立つノウハウ、ソフトしか身につけられず青年に達してしまったとしか思えないような若者が増えている。

さらにはひとりっ子が多くなり、兄弟もなく、また塾通いに忙しくて、昔のように野原や空き地や児童公園で、泥んこになって友達と遊んだり、喧嘩をしてまた仲直りするといった親しい者との交流や、人間関係で揉まれ、挫折し、また立ち直るといった体験は極端に減ってきている。学生に聞いても、愛憎ともに激しく抱くような生々しい人間関係を持ったことがない者が多い。彼らにとってそのような関係はスマートでもなければ、カッコいいことでもないし、むしろ極力避けて通ってきたという印象を抱く。

生活ソフト欠乏症

このような人間関係が稀薄な、いわば受験ソフトのみがプレインストールされて、大学へ入ってきて、自主的に問題を考え、生活し、教官やほかの学生と交流しようとしても、種々の体験不足が目立ち、うまくいかない場面が多々生じるのは当然である。筆者はこの事態を「生活ソフト欠乏症」と名づけている。表計算ソフトのみでワープロ文章を書いて、コミュニケーションを図ろうとしているようなものである。理想とされ必要なのは、バランスのとれた統合型ソフトなのである。ＩＱというハードは優秀でも、ＥＱという心の知能指数、ソフトが不充分な面が目につく。受験専用ソフトを統合型ソフトに改良し、バージョン・アップを図る必要がある。

しかしそれを自覚できないまま、また自覚できてもこのバージョン・アップの仕方がわからないまま大人になってしまう例が少なくない。古い受験専用ソフトのみで人生に対処していくのは無理である。しかも、この新しいソフトはマニュアルでは不充分で、自分なりに実体験から工夫し、自分に合ったものに絶えず改良していく必要がある。

このためには、失敗や挫折を恐れていた

ら、いつまでたっても成長しない。しかし現在の青年は、幼少時期から不満や挫折をほとんど知らず、母子一体型の過保護的環境で育ってきていることが多い。このため幼児的万能感からなかなか脱却できず、自己の傷つく状況や困難が予想される場面では必要以上に回避的でさえあり、これが不登校や無気力症に陥る一因ともなっている。無気力症は筆者の提唱する〝のび太症候群〟と関係した事態でもある。依存や回避的傾向が過剰になり、固定化されるとこれも人格障害となってしまう。このようにモノが溢れるなかで、大事に育てられ、幼児のころから不満を知らず、自己愛が過剰になり、個人主義に走り、幼児的万能感からなかなか脱却できにくくなっている。

親のほうも子どもの期待を裏切らず、立派な親とは子どもに欲求不満を抱かせない、なんでも買って与えてやることだという思いが強すぎる。わが子への本当の理解や愛情の代わりに、モノを与えてしまう傾向が強い。親も、仕事や趣味やつきあいに忙しくて、わが子を観察したり、対話を楽しむ時間が充分にとれない。モノに満たされる一方、家庭でも学校でも真の人間関係が希薄で、外面的なことばかりに気をとられ、流行を追いかけているうちに、自己の空虚感が次第に強くなってくる。自分の生きる意味、人生の価値などが曖昧になり、カルトの誘惑に陥ったり、自己を飾ることのみに奔走してしまうようになりかねない。

「空虚な自己」と科学技術

最近の健康食品やスポーツへの関心、とりわけエステブームにはこのような自己の空虚を、健康で理想的な身体を得るための際限のない努力で埋めてしまおうとする面があるように感じられる。家事も育児も放り投げて家庭内騒動となり、抑うつ状態で外来へ相談にくる主婦を診ていると、スポーツなどを、その過程や人との交流を楽しむというよりは、なにか目的に向かってとりつかれたような、ファナテックな様相を帯びている場合が少なくない。このようなケースではその根底に自己の空虚感が必ずといってよいほど横たわっている。

また消費社会では過度の広告により、絶えず不満や不足を痛感させ、モノに飽きた人には、人との差をつけさせ、「ひと味違う大人の理解のある貴方」などと囁いて、この空虚な自己を埋めさせようとする。昨今のグルメブームや海外での有名ブランド商品の買いあさりはこのような兆候の一つであろう。生活や人生を心底楽しむという大人の余裕が、これらからはまったく感じとることができないように思う。

ところで、このような空虚な自己を埋めたり、現実に突き当たり等身大の自己に気づくことを恐れ、この傷を回復したり、自己愛的な幼児的万能感を保持、増進させるために、とくに若者ではハイテク機器に依存する傾向がある。この機器を所有して性能を誇示し、これに耽溺したり一体化して、ハイテク機器を自己の分身のようにしてしまう事態が目につく。とりわけ男性にはこ

のような傾向が強い。

とくに現代では科学が進歩し、高度技術がこのような高性能を可能にし、夢を与えてくれる時代となった。このようなことは昔からあって、たとえば戦時中の軍国少年では高性能の軍艦や飛行機にあこがれたり、銃器などの武器やモデルガンに夢中になり、耽溺するようなことはいつの時代でもあった。戦後ではモータリゼーションの波に乗って、ひと昔前には、それが現代のハイテクを結集した車やオートバイであったし、この傾向は現在でも続いている。自己の分身のようなかっこいい車を傷つけられ、相手を殺害したなどという事件も起きたりした。また、ゴルフなどのスポーツでも性能には大した違いがないのに、いい年をした分別ある大人が、より高性能という幻想を膨らませ、高価な道具を求める心理の一端にもこのような動機が働いていることは否定できないであろう。

しかし現代では、いま述べてきたような兆候がひと昔前の時代に比べて格段に強くなってきていて、なかには病理性を帯びているようなケースが生じるなど、重要な問題を提起している。理由は二つ考えられる。一つは「空虚な自己」が現代人に広がり、また幼児的な万能感を保続し、ここから脱却しにくい時代であること。しかも種々の夢を実現してくれるハイテク機器を次々に登場させ、科学・技術万能の時代であること。主としてこの二つの要因があるために、現代では過去にないほどハイテク機器への依存や理想化、一体化が強まり、ごく当然のこととして現代人の心に深く、密やかに、そして広範囲に広まっている。

とくにいつの時代でも流行に敏感で、自己の不確実な時期にある若者においてはその傾向が強く、これが過度になると、病理性を帯びてくる。ひところ言われた「オタク」族もこのような現象と重なり合うものであろう。たとえば、アニメオタクは科学機器の代わりに漫画のストーリーの世界に完全にはまり、キャラクターと強く結合し一体化してしまっている。

〝のび太症候群〟と現代

このようにハイテク機器に支えられて、幼児的な誇大的万能感を回復したり、保持、増進することが中核になっており、さらにはこれによって挫折体験や劣等感を癒すような場合も広くふくめて、私はこの若い世代に圧倒的に支持されてきた人気漫画である『ドラえもん』の主要なキャラクターのひとりである〝のび太〟にちなんで、〝のび太症候群〟と呼んでいる。またこの心理過程が本人には無自覚で、幼児的万能体験の挫折の回避や、劣等感の存在などが無意識で、これが本人の人格の基礎になり、彼の感情や行動を無意識のうちに全面的に支配している例では、〝のび太コンプレックス〟と名づけている。

この漫画に登場するのび太は勉強のできない落ちこぼれで、おまけに気が弱く、劣等感のかたまりみたいだが、気が優しくて、気だてのいいどこにでもいそうなごく普通

の少年である。近所の同級生の乱暴者ジャイアンや金持ちの息子でキザなスネ夫にいつもからかわれ、仲間外れにされているが、やはり近所の同級生のしずかちゃんに励まされ、心の傷をどうにか癒している日々を送っている。のび太は口やかましいが優しいお母さんや、仕事ではうだつがあがらないが、人間味溢れたお父さんに愛情深く育てられている。

あるとき二十二世紀の未来からきたネズミに耳をかじられ、ネズミに心的外傷体験を持つネズミ恐怖症で、ドラ焼きが好きという少し毛色の変わった、おっちょこちょいの未来の猫ロボット・ドラえもんに出会う。この猫の不思議なポッケには未来のハイテクマシーン、たとえば空を飛べるタケコプターやタイムマシーンなどがあり、のび太にふりかかる数々の障害や困難、災難をこれらの未来のハイテク機器が救ってくれる。のび太はこれで日頃の劣等感も不全感も吹き飛ばし、有頂天になるが、度の過ぎた万能感に浸り、失敗してしまうこともあり、やはり自分の努力が大事だという落ちで毎回終わっている。

少年の孤独や挫折、困難を適切に取り上げ、こんなものがあったらいいなという子どもの夢が上手に描かれている傑作漫画である。大人にも子どもにも人気があり、現在にまで続く、大ベストセラーとなっているのも頷ける。

こののび太にはさきほど述べた兆候が揃っており、ハイテク機器への依存とこれによる万能感の獲得と劣等感の癒しという点で、前述した現代若者の心理特徴と合致していると思っている。〃のび太症候群〃なり〃のび太コンプレックス〃と名づけた理由がご理解いただけたと思う。〃のび太症候群〃もうまくいけば少年時代の夢を実現する大科学者を育てたり、科学への関心やロマンを抱く素地を提供してくれる。問題は過剰と耽溺、現実回避、大人になりきれない心の成長の中断という点での病理性を帯びた場合である。

ところで現代ではその信仰のハイテク機器、万能感を与えてくれる科学機器は軍艦や飛行機さらには宇宙ロケット、モデルガンや銃器、車やオートバイからパソコンや電子メディアに移ってきている。パソコンに関する専門用語を自由に操り、より高性能の機械を持つことが若者の力の誇示の源になっている。とくに現在一大ブームとなっているインターネットは瞬時にして世界とアクセスでき、リアルタイムで全世界の情報を掌握できる。そこに広がるウインドウを見る目とは、世界の中心にあって世界を見渡す神の目であるというのが、インターネットの魅力の秘密である。

ブックガイド

『空虚な自己』
影山任佐　NHK出版
『テキストブック殺人学』
影山任佐　日本評論社

反社会性人格障害(Antisocial Personality Disorder)

周囲へのむき出しの破壊性

衝動的で、物事を計画的に進められない。
さらに、真実の尊重や悪事に関する悔悟の念はまったく示さない。

原 淳

人格障害、精神病質、および異常性格の人間は、一般的には〝性格の偏った人〟ということができるが、これにはいくつかの見方がある。

一つには、主に欧米に見られるような〝社会を困らせる人〟というとらえ方である。英国のプリチャードが記述した〝道徳的に堕落した人間〟すなわち「背徳症候群」がこれである。ドイツの精神医学者、**クレペリン**の「社会の敵」という概念も、この延長にある。

二つ目は、健常者と精神病者の〝中間〟とみなし(「中間者概念」)、健常者が精神病者となる過程として現われるという考え方である。**クレッチマー**の「循環気質」や「分裂気質」という概念がこれに該当する。**循環気質**は**躁うつ病**の病前性格であり、健常者と躁うつ病者との〝中間〟に位置する。**分裂気質**は**分裂病**者との〝中間〟に位置するのである。

三番目は、ドイツの精神医学者、シュナイダーが精神病質を「社会を悩ませるか自分自身が悩む性格の偏倚」と定義したことから生まれた考え方だが、反社会的な行動を犯しやすい人物の心理的類型にまで言及する立場である。反社会性人格障害は、第一の見方と重なり、主に反社会的行動の反復として現われる異常性格者である。

病の特徴

内外で最も頻用されている米国のDSM-Ⅳ診断基準によれば、**反社会性人格障**

害は二つの主な要素によって構成されているとしている。

第一は十五歳以前の**行為障害**の存在である。これは怠学、家出、頻回の嘘言、盗み、放火、および財産の意図的破壊などである。第二は成人における反社会的行動様式である。継続的に仕事をせず法を犯し、イライラしやすく肉体的に攻撃的であり、借金の返済は怠り、無鉄砲であるという具合に無責任で反社会的行動を示す。衝動的であり、物事を計画的に進められない。さらに、真実への尊重や悪事に関する悔悟の念はまったく示さない。

米国では成人男性の約四%、女性の約一%が反社会性人格障害を有していると考えられている。これは決して売春婦やその斡旋者、詐欺師、殺人者、そして非合法性薬物の売人だけが該当するわけではない。会社の重役、医師、弁護士、大工など、あらゆる職種の人物に見られるのである。

ＩＣＤ-10では「非社会性人格障害」と呼ばれ、「行動と一般的な社会的規範との不一致のため注意をひく人格障害」とされている。

このようにＤＳＭ-ⅣおよびＩＣＤ-10の診断規準では、顕在化している反社会的行動に焦点があてられており、精神科医師以外でも容易に診断可能である。しかし、反社会性人格障害者の心理的な面を深く理解し、これに対する治療を検討するには不適切である。

これに対してはクレックレィやヘアーの研究が参考になろう。

クレックレィは**サイコパス**（精神病質）の特質について以下のように述べている。

1 表面的な魅力と良い知能
2 妄想やほかの不合理な思考の欠如
3 「神経質さ」やほかの精神神経症的な症候の欠如
4 信頼できないこと
5 不誠実さと言行不一致
6 良心の呵責や恥感覚の欠如
7 不適切な動機による反社会的行動
8 低い判断力と経験から学ぶことができないこと
9 病的な自己中心性と愛する能力の欠如
10 一般的な感情反応の乏しさ
11 特徴的な洞察力の欠如
12 一般的な人間関係における無責任さ
13 飲酒時（時に非飲酒時）の風変わりで歓迎されない行動
14 自殺の遂行は稀
15 性生活は非人間的で貧しくまとまりがない
16 人生計画に従って生きられない

クレックレィによれば、精神病質者は極端な冷静さをもっており、健常者が動揺する環境でも平静であるという。

ヘアーは精神病質チェックリストを作成し、各項目に合致する点数により診断している。

1 口達者、表面的な魅力
2 過去における精神病質あるいは類似の診断
3 自己中心性、自己価値の誇大な感覚
4 退屈しやすさ、フラストレーション耐

性の低さ
5 病的に嘘をついたり人をだますこと
6 狡猾さ、正直さの欠如
7 良心の呵責や罪悪感の欠如
8 情緒の深みや感情の欠如
9 無神経、共感の欠如
10 寄生虫的な生活様式
11 短気、行動コントロールの欠如
12 乱交的な性関係
13 幼少期からの行動上の問題
14 現実的で長期的な計画の欠如
15 衝動性
16 親としての無責任な行動
17 数多くの結婚、離婚歴
18 少年時代の非行
19 保護観察あるいは執行猶予期間中の再犯の危険性が高い
20 自分の行動に対する責任を受け入れることができない
21 数種類の犯罪行為
22 薬物やアルコールの乱用が反社会的行動の直接の原因ではない

このチェックリストは精神病質者の行動に関して、二つの主要な群を想定している。第一は自己中心的で他人を食いものにする冷酷な個人である。第二は反社会的な生活態度である。

反社会性人格障害者は目先の満足を得るために、衝動的に行動し、将来の展望に関してほとんど関心をもたない。これは、自分自身がいくつもの最良な選択をする能力があるという奇妙な信念であり、他人の安否に関して、場合によっては自己の安否に関しても無関心であるということによるのである。

このような奇妙な信念はカーンバーグによれば、反社会性人格障害の悪性自己愛によるものであるという。現実にDSM-Ⅳにおいて、反社会性人格障害は自己愛性人格障害、演技性人格障害および境界性人格障害と重複して診断されることが多い。

たとえば、生物学的にもこれらの障害に共通する大脳皮質を中心とした抑制の弱さが指摘されている。同じ遺伝的負因をもつ男性の表現型が衝動的で攻撃的な反社会性人格障害であり、女性の表現型が情緒不安定性を示す演技性人格障害となるという研究もある。

次に実際に鑑定したケースを紹介する。

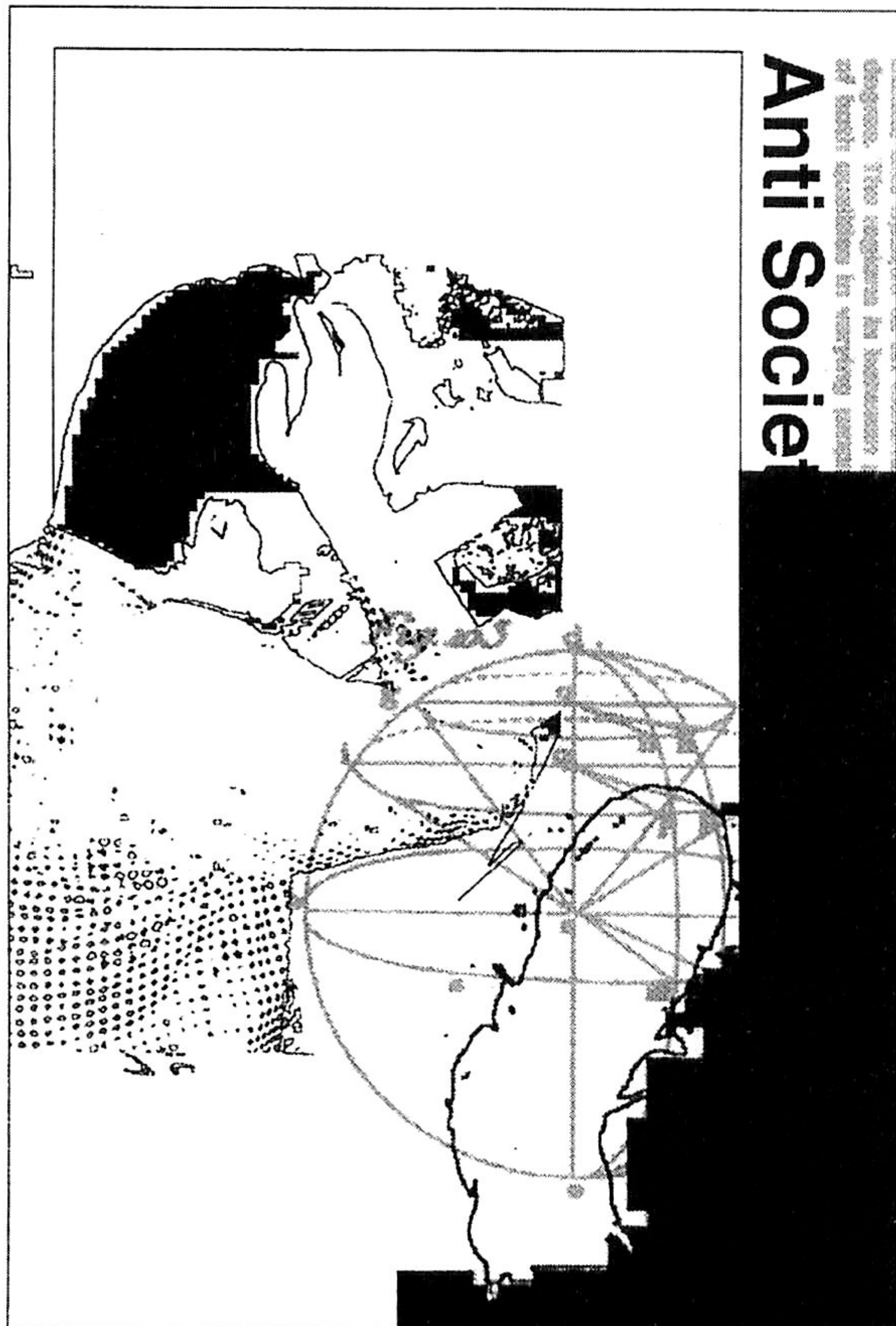
▼ケース　怒鳴りつけて周囲を威圧

A・男性、二十六歳、住所不定、無職、毒物および劇物取締法違反で逮捕された。

AはX月Y日、午前八時五十分頃、P市内コミュニティセンター一階テラス内にて、トルエンを含有する接着剤を吸入目的で所持していたものである。

家族歴

両親は大酒家だという。すなわち葛藤家庭の出身者である。兄弟二人は有機溶剤乱用歴があり、犯罪歴をもっている。反社会

illustration／安芸良

性人格障害者の蓋然性が高いと予想される。反社会性人格障害は、近親者において反社会性人格障害者の遺伝負因をもつことが多い。これは、生物学的な面もあると同時に社会心理学的な面もある（不道徳家庭の出身者。非行は他人から感染しやすい）。

本人歴

Aは五人兄弟の四番目として出生している。地元の小・中学校を卒業した。在学中の成績は下位だったが、特殊学級在籍歴は否定している。小・中学校在学中に頻回の喧嘩、万引き、恐喝および怠学などの問題行動があり、行為障害にも該当する。

中学校卒業後、日雇い労務者として稼働していたが、事件三カ月くらい前から公園などで寝泊まりしており、住所不定および無職である。就業状況は不安定で、親兄弟とは音信不通である。

なお、被疑者は十五歳頃、女性と性交渉をもったが同棲や結婚はしていない。女性と長期間安定した関係はもてなかった。

犯歴

七件（道公法、毒劇法、覚せい剤取締法違反、傷害、窃盗未遂、占有物離脱）の犯歴がある。

以上、①未成年期の行為障害の診断、②就労が不安定で、女性と安定した関係がもてない、③累犯歴から「反社会性人格障害」と診断される。

アルコール・薬物乱用歴

十六歳時から有機溶剤（シンナー、トルエンなど）乱用を開始。同剤使用中に「タバコの火がピエロに見える」（錯視）、「『お前は何やってんだ』と声がして楽しかった」（幻聴）という症状も出現することがあったという。有機溶剤精神病と診断される。

二十歳頃から別れた女性の声で「助けて」「どこにいるの」と言うのが聞こえてきた

という（幻聴）。「お化けがウヨウヨ見える」（幻視）、「盗聴されている」（被害妄想）などの精神病症状も出没している。

十九歳頃から二十歳頃まで覚せい剤を乱用している。同剤使用時に「殺すぞ」「どこだ」などの幻聴があり、他人に殺されるなどと誤信することがあったという（被害妄想）。

二十二歳頃から機会的に飲酒しているという。以上からAは有機溶剤依存症であり、有機溶剤精神病となることもあると考えられる。

本件前後の精神状態

AはX月Y日、午前八時頃、P市内のコミュニティセンターにボンド（有機溶剤）を吸入しながら入館し、女性職員に対して「このババァ、ぶっ殺してやろうか」などと怒鳴りつけて、周囲にいたセンター利用者らを威圧していた。通報を受けた警官がかけつけると、咄嗟に所持していたボンドを投げだし、逃げようとしたが、毒劇法違反の現行犯で逮捕されている。

鑑定時

Aは現在意識は清明であり、著しい知能障害は有しない。感情の表出も良く、「打てば響くような」印象があり疎通性も良い。陳述もまとまっている。

分裂病者のような表情の硬さや冷たさ、疎通性の悪さ、および陳述のまとまりのなさ（思考障害）はない。

幻覚・妄想などの精神病体験は否定している。しかし、本件当時は「別れた女の声が聞こえた」（幻聴）および「お化けが見えた」（幻視）を訴えている。

以上を要約すると、Aの診断は以下のとおりである。

（1）反社会性人格障害
（2）有機溶剤依存症。場合によっては有機溶剤精神病を呈する

次に本件犯行当時の精神状態はどうだろうか。

精神鑑定において、被疑者（または被告）は前述のような幻覚・妄想などの精神病体験や意識障害（「わけがわからなくなった」「記憶にない」など）を訴えることがある。一般の臨床であれば、これらは事実であることが多いのである。

しかし、鑑定においては以下のように考えられる。

1　事実、幻覚・妄想などの精神病体験や意識障害があった
2　検挙後、拘禁反応を呈し、本件当時の状況を妄想的に着色した
3　嘘言

このような場合、鑑定人は一件調書を精読し、現実の犯行当時の状況と被疑者（または被告）の陳述をこれと対応させて検討しなくてはならない。

Aの場合、本件当時、周囲を威圧しており、警官がかけつけるやいなやボンドを捨てて逃走しようとしている。

これらから、Aが本件当時、幻覚・妄想などの精神病状態にあったとは考えられない。しかも、検挙当時は幻覚・妄想などの言動はいっさい認められない。鑑定時に唐突に、幻覚・妄想の精神症状が出現している。警察の留置所内でも異常な言動はない。

したがって、Aの性格（反社会性人格障害）から勘案しても嘘言と判断せざるをえない。

鑑定結果

Aは本件当時、完全責任能力を有していた。Aはたしかに自傷他害の可能性の高い精神障害者である。現行の精神保健福祉法によれば、措置入院の条件を満たしているのである。しかし、わが国の精神病院は精神分裂病などの精神病者を主体にして成立しており、Aのような反社会性人格障害者には不適である。仮にAを措置入院（強制入院）としても、現行の措置入院の解除は主治医の裁量にのみゆだねられており、Aが主治医を威嚇し、ほかの医療従事者やほかの入院患者に危害を加えるような態度を示せば（Aには傷害の前歴が二回ある）、やすやす措置解除となるのである。

治療は悲観的？

以上のような実態から、反社会性人格障害者は通常、刑務所で処遇される。これをあえて精神医療の枠組みの中で処遇しようとすれば、英国のような特殊病院（保安病院）が必要となろう。

反社会性人格障害者の治療に関しては、一般に悲観的である。ただ監禁の恩恵により五十歳以後では「燃え尽き」て累犯歴が停止するといわれている。反社会性人格障害者は治療者を必要とせず、治療者との信頼関係を築くことが困難である。治療者に対して、敵対的となる。これらは治療者の怒り、不快感、および絶望感を引き起こす。

ヴァーレンは処遇技法を二つ提示している。

（1）集団処遇を通じて社会的知覚能力や予測能力を増加すること。職業、運動、社会生活などの技能訓練を通じて合法的な達成の機会を増すこと。

（2）処遇の人間関係の中で児童期の心的外傷体験を再体験して、他人に依存し他人に関心を寄せる能力を復活することである。

Aの場合、逆説的に聞こえるかもしれないが、有機溶剤依存症を罹患していることが治療の可能性を示している。これはAの不安感、および抑うつ感を示している可能性があり、このことがAの精神療法への反応性の良さを示唆しているとも考えられる。

精神科医の生地新氏は、この分野についての勇気ある精神医学者、心理学者による実証的で地道な研究が望まれていると述べている。

そのためには司法関係者、司法精神医学者の専門家と生物学的精神医学や力動的精神医学、行動医学の専門家の交流が今以上に必要であると述べている。筆者もこれに同意で、このための担保として法律の整備が必要であると考えている。

【参照】
▼行為障害（132頁）

ブックガイド

『司法精神鑑定例』（精神科ケースライブラリー10巻）
山上皓編　中山書店

コラム①▼精神病理学

症状の意味を探る

中野陽子

病理学は、医学全般では、肉眼や顕微鏡下で、疾患に関係する臓器などを観察し、病気の診断を下すとともに病気の本質を明らかにしようとする医学の一分野を指す。とりあえずは、精神病理学も、精神医学において類似の役割を果たしている。ただし、その際になされるのは、臓器の観察ではなく、患者に生じていることと患者が語ることの記述である。このような精神病理学は、**記述現象学**と呼ばれて、今でも、精神医学全体の基礎をなしている。

しかし精神医学においては、この記述現象学は、すぐにも次のような分岐点に立つことになる。対象とする疾患の本質を脳の生理学的異常ととらえる立場では、記述は、もっぱら生理学的変化の現われと想定される現象に向かい、その目的は、生理学的異常を探索する研究の基礎を作ることにおかれる。一方、対象とする疾患が、人間は社会的、歴史的存在としてあるということにかかわっていると考える立場では、患者の生活史や、患者が精神医療とかかわりを持ちそこで症状を語るということそのものの意味などが、重要な考察の対象となる。そして、後者の立場をとる精神病理学は、哲学（とりわけ現象学から構造主義、ポスト構造主義に至る哲学）、精神分析、社会学などを広く参照することになる。

内因性精神病と呼ばれる**精神分裂病**と**躁うつ病**において、この二つの立場の共存がもっとも明瞭に見られる。これらの疾患においては、そこに遺伝がかなり関与していること、薬物療法が精神療法よりも有効であることなどから、生理学的病気としての側面があることは否定できない。一方で、内因性精神病が純粋に脳の**器質的な病気**とまったく同列に並ぶことは——たとえ多くの**生物学的精神医学者**がそのような方向の主張をしているとしても——おそらくない。昇進によるうつ病の発病や、恋愛による精神分裂病の発病は明らかに存在するが、たとえば器質性の変化に伴う痴呆がそのようなきっかけで始まるということは考えづらいだろう。したがって、精神病理学における二つの立場には、ともに明らかな存在理由がある。**人格障害**や**神経症**などの領域においては、生理学的側面の関与が内因性精神病の場合ほどには明らかではない。しかし、そこでもやはり右に述べた両者の立場が存在しうるということには変わりない。

総じて精神医学が対象としている疾患は、人間が人間の条件にかかわり、人間になるという過程と関係している。同時にそれは、人間が身体によって働きを受け、かつ制限されるという過程にも関係している。精神病理学は、この両者の側面のそれぞれを探求する方向に向けて発展してきた。それがさらに、そのお互いの関係をも明らかにする方向に発展するかどうかは、心身相関という難問にかかわっている。

illustration／工藤六助

PART ▶ 2

記憶の中に棲み続けるこころの傷

[トラウマの病理]

神経症（Neurosis）

森田神経質にみる我執の病理

その過剰な自己愛ゆえに悩む対人恐怖から、
現代社会の神経症的不安のあり方に迫る。

北西憲二

バブル後の行き先の見えない不景気といっても、街にはものがあふれている。少なくとも人々が日々の食事に困り、飢えている時代ではない。このような時代には、われわれがその日その日をどのように生き延びていこうかという現実的な不安はない。しかし正体のはっきりしない不安が蔓延し、われわれの心をさいなむ時代となった。

それは現代人の自己のあり方と関連する。それは自己に執着すること、つまり東洋的心理学でいう「我執」とも、昨今の自己心理学の説く**自己愛の病理**とも言い換えることができる。現代社会における我執、あるいは肥大した自己愛の持ち主は、その欲望ゆえに不安にとらわれ悩むようになる。この特集で述べられている不安障害やある種の人格障害は、見方を変えれば我執つまり自己愛の病理と把握することができる。

この理解は単に不安、恐怖という神経症の症状レベルを超えて、神経症の不安と性格の病理を連続して把握しようとする試みである。私は、神経症の不安を**我執の病理**として理解し、その不安の解決には、その我執の打破あるいは肥大した自己愛の修正が必要であると考えている。この考えの基本は**森田療法**である。

一般に自らの不安にとらわれ、不安を自己拡大してしまうような人格の態度の持ち主を**森田神経質**と呼ぶ。森田神経質には、不安・恐怖・強迫・心気・抑うつなどの症状が含まれ、その背後の我執（ナルシシズム）と理解されるような性格病理を持つ。私はこのような立場から、今までの森田療

法の適応としての森田神経質という枠組みを超えて、現代的病態に対しても森田療法が有効であると考えている。

ここでは我執の典型としてその過剰な自己愛ゆえに悩む対人恐怖を挙げて、現代社会の神経症的不安のあり方に迫ってみたいと思う。

自己愛の病理と対人不安

通常では肥大した自己愛（我執）の持ち主は、自分勝手で相手に迷惑をかけたり不安を引き起こすが、自分では不安など感じないように考えられている。しかし、我執の人はどのように自分が他者に評価されているのかに、敏感な人たちでもある。また他者への優位を目指し、それゆえ他者の評価なしには自己の評価ができにくい人たちでもある。「かくあるべし」と自分を縛り、それゆえ現実の自分をしっかりと受け止め、生かしていくことができない人たちでもある。

つまり、自己が他者にどのように映るであろうかと思いをはせ、そのことをめぐってさまざまな悩みが生じる。人は自分をどう思っているのか、このような態度は人を傷つけるのではないか、人に嫌われていなかっただろうか、などなどである。そしてまたそのような自己の悩みを受け止め、受け入れることができずに苦しむのである。これが対人不安と呼ばれているものである。

▼ケース　人前での過度の緊張

ひとりっ子として、だいぶ母親に甘やかされて育った。中学校の二年生の頃から人との勝ち負け、優劣を意識し、勉強の成績が気になりだした。クラブ活動、生徒会活動にも熱心で、かつ学業も優秀であった。しかし高校に入ると、その学校は男子校で周囲に優秀な人が多かったため、劣等感を感じ、学業にも投げやりとなってきた。クラスにも溶け込めず、人と一緒にいると緊張し、緊張すまいと思えば思うほど、自己の緊張感に注意が向き、そのためますます緊張してしまう。またそのような自分がふがいなく、みじめに思えてきた。

次第に無気力になり、友人ともつきあうことができなくなり、学校の成績も下がってきだした。高校二年生の後半には、面と向かって人と視線を合わせることができず、また自分の顔が醜いのではないかと、強い不安に駆られるようになってきた。そのため人を避けるようになった。

その後、本人が諦めていた大学に入学できたため、新学期は精一杯頑張った。高校時代に感じていた対人恐怖もだいぶ薄らいだように思えてきた。しかし、いつでも人間関係を重視し、自分を抑え、相手に迎合し相手の動向ばかりを気にしているつきあいに疲れてきた。その半面、異常なばかりに競争心が強く、相手のちょっとした優れ

た点を見て、自分にはない点だ、負けてしまったと激しい劣等感に襲われ、そのため友人に会うのが辛くて学校に行けなくなってしまった。
勉強しようとすると「勝ち負け」にこだわり、人に負けたくないと思うと、どうしても勉強にも手が出なくなってきた。そのため留年を重ねている。

このケースでは、その肥大した自己愛のあり方がはっきりしている。繊細な対人関係のあり方、たとえば人と一緒にいると異常なまでに気を遣い、自分を抑えてしまう。その半面、他者への優越の志向が明らかである。すなわち肥大した自己愛、我執の病理である。それゆえ彼の対人関係における自己の意識は、常に他者との比較を通してその劣等と優越のはざまで揺れる。その対人的交流の様式は、接近と回避、傲慢さと繊細など極端となり、安定した人間関係の維持が困難となる。

我執の病理をめぐって

自己を意識し、さらに他者に映るであろう自己が集中している態度とは、一般には中心的な態度、あるいは自己愛的態度を指す。それは私の理解するところ、自己に執着する態度、すなわち過剰の自己愛と言い換えることができる。過剰な自己愛が恐怖と関連していることは、古くから知られていた。

たとえば仏教では、自己愛的欲望が煩悩を生むと理解され、それゆえ、その欲望をどのように昇華していくかが最大のテーマとなる。それは宗教だけではない。精神療法の領域でも、とくに自己心理学の領域では、自己愛の発達が人の成長過程でどのような影響を受け、それが現在のその人のあり方をどのように規定しているかをめぐって多くの議論がある。まず人が我執に陥るとどのようになるのか、森田の立場から述べてみる。人がそのような状態になると、自己の悩みにとらわれ、それを取り除こうとすればするほど、それにとらわれてしまうという自縄自縛の状態に陥っていく。その現象は思想の矛盾と精神交互作用（悪循環過程）として促えられる。

我執ととらわれ（思想の矛盾）

森田療法の精神病理仮説は「とらわれ」と呼ばれる。簡単に言えば、不安の自己拡大メカニズムである。不安に陥りやすい生来的傾向を持った人（ヒポコンドリー性基調と森田は呼んだ）が、内的、外的刺激（機会）によって誰にでも起こりうる心身の反応を起こす。つまり基本的にわれわれが感じる感情反応は自然なもので、それ自体に病理を認めない。これが森田理論の最初の枠組みである。

問題は、この〝自然な〟心身の反応を自己の生存、適応に否定的な反応として決めつけることである。そして自然な心身の反応（ケースでは人前での緊張）を自己の弱点

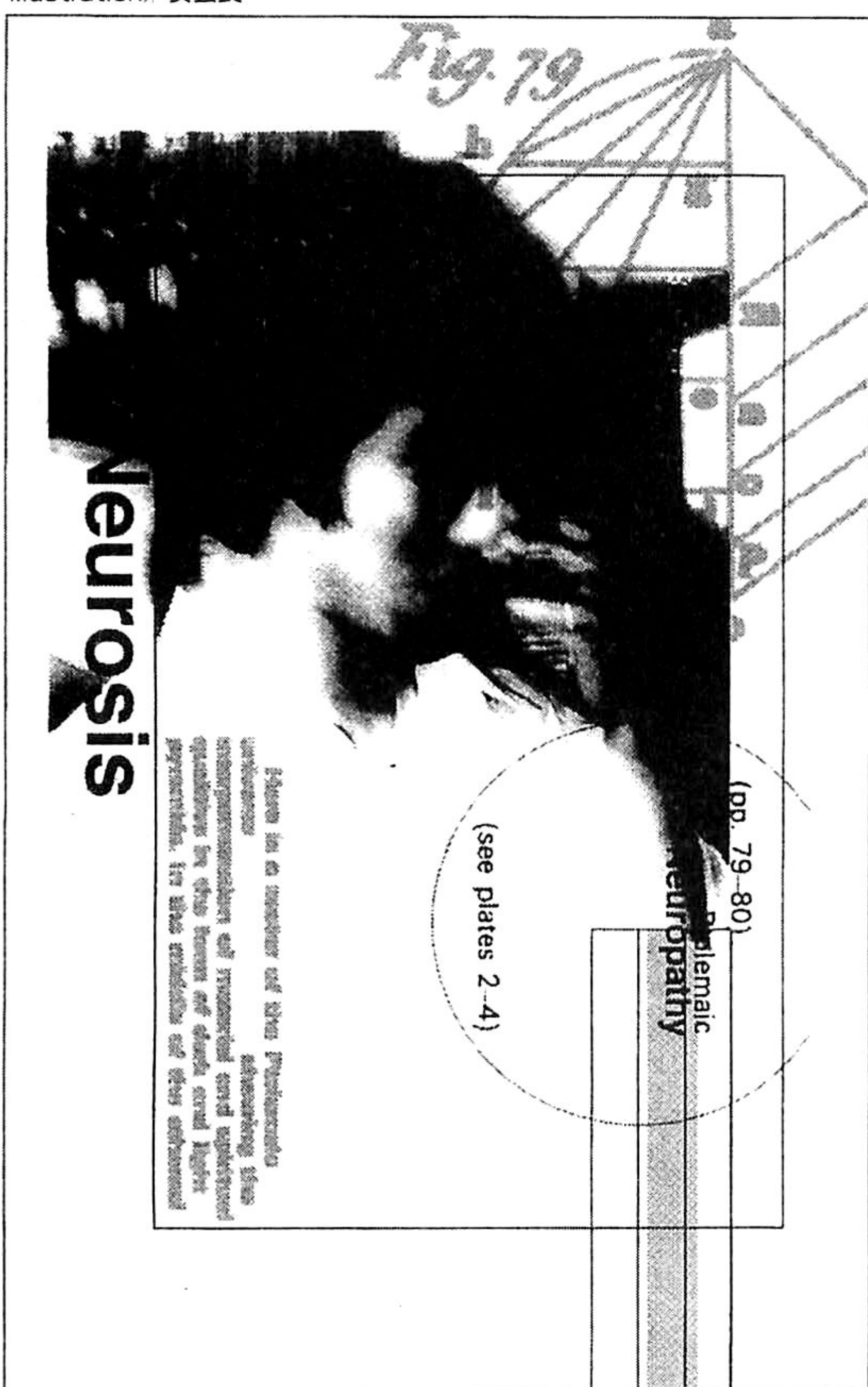
illustration／安芸良

とみなし、それをなんとか取り除きたいと望むことである。

思想の矛盾は、森田によれば「身体及び精神の活動は、自然の現象である。人為によって之を左右することは出来ない」と理解される。森田は、心身の活動、さらには患者が症状と呼ぶ心身の不快な現象も、それらが自然の現象そのもので、人為（考え、思考）によって左右できるものではないという。とらわれるものはこの流動し、変化する自然の現象を、思考によって操作しようとする。

ここに思想の矛盾の基本があると森田は考えた。これがまた我執の病理につながるものとなる。思想の矛盾に陥りやすい人は、「斯くありたい、斯くならなければならぬと思想する」し、自己の存在と周囲の世界へそのような肥大した自己愛的なあり方をもって関わろうとする。その気づきと修正が治療の重要なテーマとなる。

森田療法では、肥大した自己愛のあり方を、思想の矛盾あるいは「とらわれ」と呼び、森田療法独自の概念から自己愛の病理とその現象を明らかにしようとするのである。

とらわれの病理──注意と感覚の悪循環

心身の不快な現象（この患者の場合は人前での緊張）に対して、それを取り除こうとすればするほど、自己の注意が集中してしまう。そのためこの心身の反応がますます鋭く、強く感じられ、さらに注意が引きつけられてしまう（精神交互作用）。このような感覚と注意の悪循環から症状が形成され、固着してしまう。この感覚と注意の悪循環は、広くわれわれの精神内界に存在する現象である。この悪循環は、ある人が苦痛と感じるような自我異和的な体験をしたときに発動するが、不快な感情（不安、恐

怖など)、気分、観念、悩み、身体的なあらゆる不快な感覚、痛みなどを含む。

私は、このような注意と感覚の悪循環だけではなく、**認知療法**が指摘する感情と認知(あるいは、そうなるに違いないという思考)の悪循環が存在すると考える。しかし認知療法のように、ある認知のゆがみがある感情を生み出すとは理解しない。このケースは次第に人前での緊張にのみ注意が向いて、その注意が緊張を強め、それがまた彼の注意を引きつける。そしてできるだけそのような場面を避けようとするが、それゆえさらに緊張する場面への恐怖がつのる。身体、感情、思考、行動を巻き込んだ悪循環過程である。私は、自分で自分の症状を強めないこと、あるいは自分で自分の症状を作り出さないこと、とクライアントにこの悪循環を指摘する。このような悪循環の指摘は、心身症や神経症の患者には理解されやすいし、あーそうだったのかと納得を得やすい。

このような現象は、決して精神内界ではかり起こるものではない。家族や職場の対人関係でも起こることを指摘しておこう。

現代社会と傷つきやすい自己愛

一見すると明るく振る舞っているかのように見える人も、過剰に人を気にし、それに合わせていこうとする。そこには程度の差はあれ、対人不安や緊張が存在し、その背後に傷つきやすい自己愛が存在する。その傷つきを恐れて、社会から引きこもってしまうものもいる。

われわれは、そのような引きこもりを示すものを自己愛の病理として理解した(北西憲二、久保田幹子「社会恐怖と引きこもり」『最新精神医学』三号、二二七-二三四頁、一九九八)。そこで述べた自己愛の病理と自己意識の過剰とは密接な関連があると思われるので、ここで紹介する。

彼らの特徴としてまず挙げられるのは、人との情緒的関係、すなわち治療的関係を結ぶことの難しさである。彼らの傷つきやすさと、内面への侵襲を極度に恐れる心性ゆえと考えられる。その精神病理をさらに検討すると、次のような三つの内的、対人的特徴が浮かび上がってくる。

1 幻想と現実の乖離

その特徴として、(1)現実の対人関係がきわめて困難で、それらを求めていないように見えるが、その背後に激しい対人希求性があること、(2)その希求性は現実との乖離がひどくなるほど病理性を帯び、幻想的になることとである。

2 誇大的な自己像と対象希求性

一見すると、緊張し、おどおどしているような自己意識の過剰なものの内面に誇大的で万能的な自己像を持つ。しかもその自己像は、世界の中心に自分があり、常に人から賞賛され、注目を浴びることを望んでいる。それは単なる誇大的で万能的な自己像でなく、人と世界への一体を望むような心性を含んでいる。つまり、治療者あるいは周囲の世界と一体となり、そこで自分が思うままに振る舞えるような世界との関係

である。

ここで示したケースほど傷つきやすい自己愛の病理を持たない対人恐怖でも、しばしば現実の場面で誇大的で対象希求的な自己を表現する。そのような自己は、ある面では周囲に支えられ、ある面では他者との関係の中から修正を迫られ、次第にこの幻想性を帯びた自己を現実的なものに変えていく。

3　怒りと抑うつ

この傷つきやすさは、怒りと抑うつとして表現される。その傷つきやすい自己愛は、自分が有頂天になっているときのちょっとした他者の注意に激しい怒りを持って反応する。あるいは自分の内面に対する解釈めいたコメントにも傷つき、怒りで反応する。侵襲されること、探索されることに対して激しい抵抗があるようだ。

彼らは幻想的で誇大的な自己像が傷つけられ、その一体感が損なわれたと感じたときに、まずは激しい怒りで反応するのである。それとともに、この幻想的な一体感は、しばしば些細な現実の出来事や対人関係を通して失われ、彼らは無力感や抑うつ感で反応し、しばしば現実場面から引きこもってしまう。つまり、彼らの自己愛の病理と抑うつはきわめて密接した現象といえる。

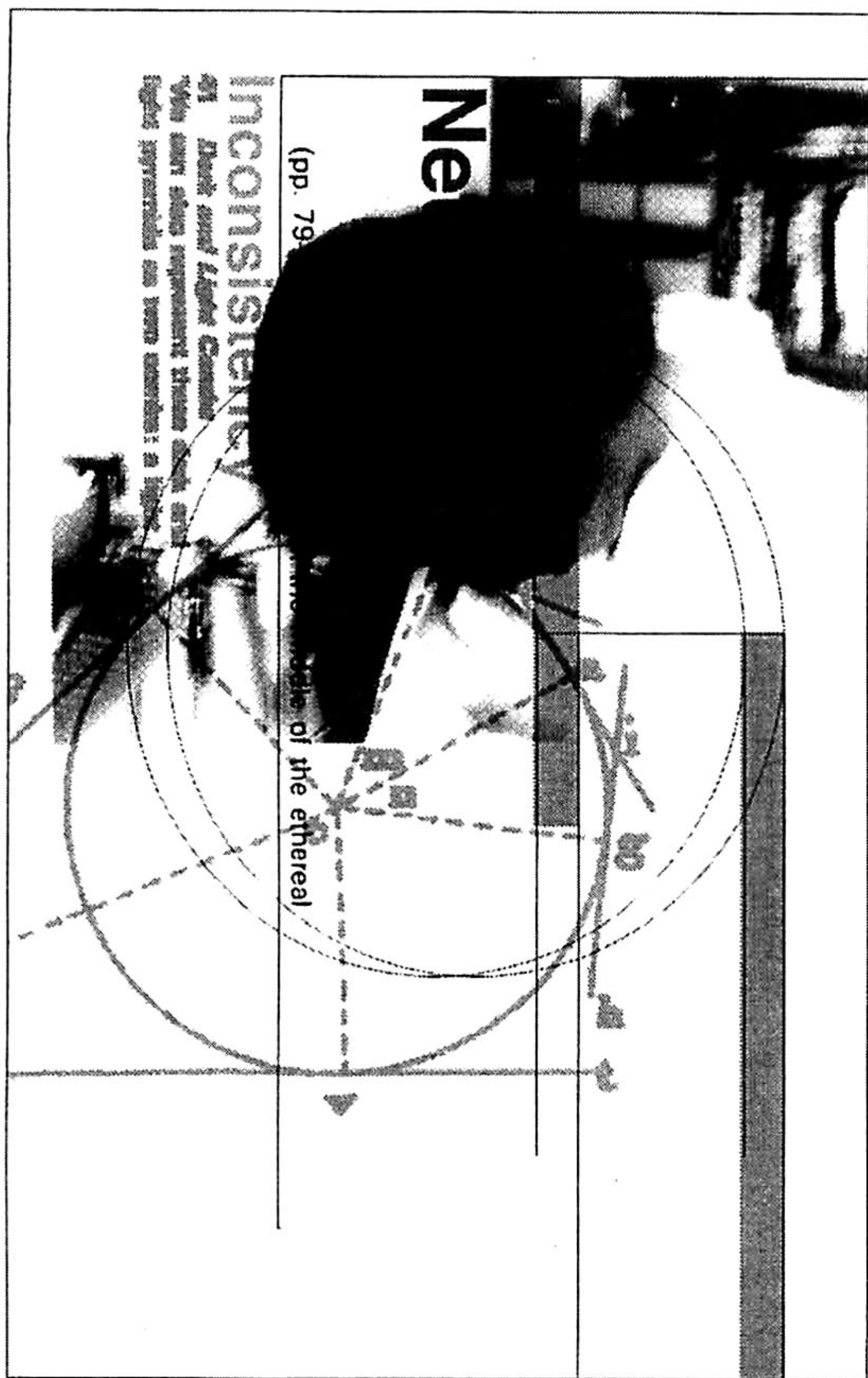
ここで述べた心理的特徴は、〝引きこもり〟を主とする対人恐怖者のものであるが、広く現代の対人不安や緊張を持つもの、さらには漠然として不安を抱えているものにも該当すると考えられる。

現代の森田療法

まず森田療法の特徴を紹介し、次いで治療技法の基本について述べる。

1　森田療法の基本的特徴

(1) 発想の逆転

森田療法は悩む人に新たな視点をその問

題の解決法として提供する。その問題解決法とは、病理の処理よりも悩みを抱え込む能力への注目とその能力を育てることである。これが発想の逆転である。いわば今まで自分の悪いところを鋭く悩み、その原因を知ろう、それを取り除こうとする視点からのコペルニクス的転回である。そこには東洋の人間理解、問題解決の知恵が存在する。つまり人間の生とは元来矛盾したものである。その矛盾を包み込んで、矛盾した存在として生きていくことが本質的な矛盾の解決であるとする考え方である。

(2)心身自然一元論に基づいて治療を組み立てる

森田療法は心身自然一元論の立場を取る。つまりわれわれの心の活動そのものが生活での実践、身体的な行為であるとする。したがって治療は、生活の中でのさまざまな行為やそこでの感情体験をめぐって展開し、欲望の発揮や自己実現は現実の生活の中で表現される。

(3)体験の重視

森田療法は基本的に体験重視の治療法である。ここでも発想の転換が提案される。今まで避けていた場面、苦しいので取り除きたいと願っている不安、恐怖、症状と直面することが助言される。それは心身の不快な現象も人間的で自然なものであるという体験を得るためである。それとともに自分の持つ健康さ、自然で豊かな感情、達成感、そして自分の欲望の気づきを得るためである。

2　治療原理と治療技法

(1)治療者の介入――二つの治療モデルに基づいて

森田療法が示す治療原理はきわめて単純である。これは二つに要約できる。

一つは自分の健康な欲望を日常生活の行為、行動を通して表現することである。これを行動体験モデルと呼ぶ。ほかには自分の不安、恐怖、不快な感情をしっかりと見つめ、受け止めることである。これを感情体験モデル（受容モデル）と呼ぶ。筆者はこれらのモデルを適宜提示しながら、患者の悪循環を打破し、患者の心理的、行動的変化を援助する。

(2)不問

一方、不問とは、症状の意味や原因を過去の人間関係に還元したり、またそこへの探求を行なわない。また症状を訴え、その解決を早急に求めるものには、それらを不問に付し、とりあえず棚上げを試みる。このような治療者の不問的態度は、患者の症状への価値的執着（症状をとることにのみ執着すること）からの変換を容易とする。そしてこの不問により、治療的関係の距離がとりやすくなる。

具体的な治療法については成書を参照してほしい。

[参照]
▼自己愛性人格障害（24頁）

ブックガイド

『実践・森田療法』
北西憲二　講談社健康ライブラリー

コラム②▼犯罪精神医学

犯罪者の行動パターンがわかる?

高橋紳吾

犯罪現象を精神医学的手法で研究する分野である。わが国には東京医科歯科大学難治疾患研究所に唯一の大学講座があるのみで、外国に比較して手薄な領域だ。主宰する山上皓教授は、従来は**犯罪生物学**、**司法精神医学**などがあったが、前者の研究は沈滞し、後者は裁判に関係する比較的狭いものであり、広く精神医学が犯罪研究に関与する必要性から、この名称が使われるべきであると主張する。

犯罪生物学者として有名なのはイタリアのC・ロンブローゾで、環境よりも遺伝の要素が強いことを生来性犯罪者という学名で主張した。また業績としてはJ・ランゲに始まる犯罪双生児研究が有名で、わが国の吉益脩夫門下らの研究を総合すると、双生児の双方が犯罪を犯す率（一致率）は一卵性双生児において六六・七%、二卵性双生児では三〇・四%であるという。現在この種の研究は犯罪者の人権への配慮からまったく不可能である。

司法精神医学とは現在では**裁判精神医学**とほぼ同義で、精神鑑定を中心にして、(1)刑法領域での責任能力、訴訟能力、証言能力などを、(2)民法では行為能力、禁治産、結婚・離婚・遺言などを扱う。そのほか、触法精神障害者の治療と社会的予後などを扱う**矯正精神医学**や、広く精神障害者の医療と社会生活に関する法律的問題などにも裾野が広がっている。精神鑑定は精神科医にとって重要な任務のはずだが、繁雑さのため敬遠される傾向にある。ドイツでは医学部精神医学教室には司法精神医学の講座を別個に所有する大学がほとんどで、彼我の差は制度的にも明らかである。

被害者のサポート

犯罪精神医学は狭義には非行・犯罪と精神障害との関係の学問ということになるが、時代とともに移り変わるのが犯罪現象で、今日ではこれまであまり関心が払われなかった犯罪、すなわち高齢者によるもの、女性犯罪、各種薬物依存者の犯罪、宗教病理によるもの、少年犯罪、外国人による犯罪などもテーマに上りつつある。

なお米国ではFBI心理捜査官制度に見るように、犯罪心理学を利用した捜査協力体制があるが、わが国にはごく一部でプロファイリング研究が始められたばかりである。たしかに法務省所轄の科学警察研究所にも心理スタッフと精神科医が常駐しているが、圧倒的に数が少ない。

犯罪精神医学の比較的新しい分野に**被害者学**がある。これは犯罪被害者の特性や被害原因を研究対象とする学問だ。窃盗や性犯罪、詐欺、横領などの被害者は何度も類似の被害に遭うことがあって、犯罪予防という観点からも重要な研究領域のはずである。これは刑事政策という点から法学者との共同作業が必要となる。

最近の被害者学の課題は、刑事司法手続きにおける被害者の法的地位の確立の問題だ。加害者の人権はある程度保障されているけれども、被害者に対しては警察での取り調べから、証人尋問での取り扱いに至るまで、欧米に比較して配慮に欠けるケースが後を絶たない。またたとえば、通り魔的犯罪に遭った被害者は泣き寝入りするしかなかった。これを救うため犯罪被害者補償制度が一九八一年に設立されたが、補償額が充分とはとてもいえない。

今後、わが国の犯罪精神医学が大成するためには、犯罪者に関する学術的調査を法務省、警察庁などが全面的に援助することがぜひとも必要だが、法の壁は厚い。

醜形恐怖症（Dismorphophobia）

自らの容姿を醜いと悩む心

醜形恐怖症は対人恐怖症の一型とする考え方があったが、対人過敏性の希薄な醜形恐怖症が多く、対人恐怖症に含まないほうが妥当のように思われる。

鍋田恭孝

容姿の美しさとは、本質的には何を意味するのだろうか？　あるいは人は自らの容姿（身体像）の美醜をどのように評価し確認しているのだろうか？

実は、この容姿の美醜について深く悩む病気がある。それは**醜形恐怖症**といわれるものだ。これについての私なりの臨床的な定義は、「自らの容姿の一部あるいは全体を、きわめて醜いあるいは異様に醜いと思い悩む病態」である。この醜形恐怖症状を示す病態には、さまざまな疾患（**精神分裂病**、**うつ病**など）が含まれることを我々の研究は確認している。

しかし醜形恐怖症状のみが持続する病態もあり、その診断の位置づけがさまざまに議論されてきた。古典的には醜形恐怖症を一つの疾患とすべきなのか、それともさまざまな疾患にも醜形恐怖症状が出現しうるのかという議論がされてきたが、すでに述べたように、我々の研究においても醜形恐怖症状はさまざまな疾患に出現することが確認され、この問題の決着はついている。

いいかえれば、醜形恐怖症状を示していても、疾患としての醜形恐怖症とは限らないということである。

我が国では、醜形恐怖症は**対人恐怖症**の一型とする考え方があったが、対人過敏性の希薄な醜形恐怖症が多く、症状的には対人恐怖症に含まないほうが妥当のように思われる。ただ、治療が進むうちに、背後に潜む対人恐怖的心性があきらかになってくることが多く、症状論的な考察だけではなかなかスッキリいかないと感じている。

また、名古屋学派は、思春期にしばしば生ずる思春期妄想症の一型の妄想様固定観念群とする考えを提唱している。いいかえれば、妄想という重度の症状を示すが、精神病圏の疾患とは考えず、思春期特有の思い込み的な病態と考えるものである。しかし、議論が症状論に限定しているため、その本質は曖昧なままとなっている。

DSM-Ⅳでは**身体醜形障害**として一つの独立した障害とされている。そして**妄想性障害の身体型**との区別はつけにくいとも述べ、この病態の位置づけの曖昧さ、いいかえれば、本質の曖昧さが解決されていない。私自身は以下の項目を満たす病態を狭義の醜形恐怖症と考えている。

（1）発症年齢は思春期・青年期に集中している（女性例のみ中年期に発症することが稀ではないが、この病態は別に考えなくてはならない）。

（2）関係念慮はあっても強度ではない（対人恐怖性は少ない）。

（3）醜形恐怖も他者から見られた醜さというより、自分の身体として納得いかないという自己完結的な悩み方である。

（4）多くの醜形恐怖症状は持続する。

（5）美容外科手術を中心とした行動化傾向が強い（衝動のコントロールが悪い）。

（6）適応しきれていない傾向が見られる。

（7）長期経過を観察しても精神分裂病をうかがわせる**陰性症状**（無感情など）も醜形恐怖症状以外の**陽性症状**（幻覚・妄想などの派手な症状）も出現しない。

（8）薬物療法はほとんど効果を示さない。

このような項目を満たすケースについていくつかの具体例を示しながら、その心の悩みの本質を解説したい。

▼ケース　確信した自分の醜さ

十七歳のS君

顎のえらが張っていてひどく醜いと感じ（実際は、多少えらが張ってはいるが目立つものではない）、皆が自分の顎を見てはあてつけるような悪口を言うと悩み、二度の美容形成術を受け、客観的にはすっかり丸くなっていても、まだ張っているとさらに手術を希望したので、親が思いあまって相談に見えたケースである。

十五歳のG君

二重瞼が左右不揃いであると、やはり三度の美容形成術を行なったが、かえって腫れぼったくなり、このままでは死んだほうがいいと家で暴れたり、「こんな自分を産んだ親が悪い」と母親に暴力を振るうこともあった。

十五歳のEさん

顔も身体もすべてが醜いと悩み、目、鼻、胸など数カ所の美容形成術を行なったが、学校に行っても皆がばかにしている、自分とつきあってくれる友達は同情してつきあってくれているに違いないと、家にひきこもるようになってしまった。

二十二歳のGさん

身長が高すぎて人が見る。こんなに高くては人に相手にしてもらえない、恋もできないと自殺を図る。手術不能のため美容形成術に走ることはないが、方法が見出せず絶望的になる。背中を丸めてみたり、小さく見えるような服を探したりするが納得いかないとほとんど外出もしない。

このように醜形恐怖症に悩む彼らはきわめて自分の醜さを確信しており、周囲の説得にもまったく納得することなく、ひたすら美容形成術で自分の望む容姿を手に入れようと必死になる。皮膚が黒いとか、身長が低いなど、現時点では技術的に手術が不能な場合や、手術を親から禁止されるとか、何度か受けても納得がいかない（ほとんどは、何度受けても納得はいかないが）場合、家庭内暴力に発展したり、時には絶望して自殺行為に走ることすらある。それほど彼らの悩みは深刻である。単に「思春期には、だれでも容姿について悩むものだ」という理解では彼らは納得しないし、問題も解決しない（精神科医からもこのような説得をされ、ひどく絶望的になったケースに何度も出会っている）。

実は醜形恐怖症という自覚なしに、美容形成術を繰り返している人がかなりいるのではないか、自分を醜いと思い込んでいるがゆえに、すべてに自信をなくし、ひとり悶々と悩んでいる「隠れ醜形恐怖症」の人はかなりの数に上るのではないかと推測している。マイケル・ジャクソンなどはその可能性が高いと私自身は考えている。この点は後にも触れたい。

悩む部位から推測できること

彼らの悩む部位には身体のあらゆる部位が含まれる。不思議なことに人目につかない背中のアザやペニスの形に悩む場合もしばしばあり、必ずしも他者に醜く映っているであろうことが悩みの本質ではないようだ。もちろん圧倒的に人目にさらされる部位が選ばれやすいのも事実である。その場合、選ばれる部位にはいくつかの傾向あるいは共通項が見出される。

A 目立つ部位が悩みの対象となる場合

傷跡やほくろなど、あるいは多少左右不揃いの瞼など、なるほど気にすれば気になりそうな部分に執着するケースが多い。しかも、それらを自分の存在そのものを否定するような、異物のようなものとして訴えることが多い。そして、それが人目にさらされ、周囲の注目を集めてしまう魔力を持つような何ものかとして悩むことが多い。

B チャームポイントを気にする場合

二重瞼が深すぎる、目が飛び出ている、唇が分厚いと悩むケースでは、実はその部位がその人のチャームポイント、あるいは少なくとも子どものころは、その部分がチャームポイントだったろうと思わせる場合がけっこう多い。私だけの印象に限らず、念のため看護婦さんの何人かに質問してみてもやはり同じ印象を抱いている。このことから、彼らは自分の魅力ある部分を悩む場合がかなりあることは確実のようである。彼らの話をよく聞くと、悩みの本質は自分

illustration／ツツミエミコ

の魅力ある部分が、その力を失ってしまった、あるいは失いかけているという不安や恐れであり、その魅力を完全に復活させようと躍起になっている様子がうかがえる。

C　第二次性徴で変化する部位を悩むことが多い

これには二つの方向性がある。一つは第二次性徴で変化してしまった部位を悩むものであり、いま一つは第二次性徴で変化すべきものが変化しないために悩む場合である。

たとえば前者では、髭が濃すぎる、肩がいかり肩である、胸が大きすぎるなどであり、後者は胸が小さすぎる、ペニスが小さすぎるなどである。これは思春期一般の悩みでもあるが、どちらかといえば前者のケースが多い。彼らは変化してしまう自分を異様に醜いと悩む。この場合、思春期やせ症の悩みに似ている。そこには成熟への不安、大人になることへの不安が秘められていることが多い。

これらの悩む部位からは、以下のような心の動きやありさまが推測できる。

目立ちたくないのに目立ってしまう、魅力を前面に示したいのにその魅力ある部分が不完全で思うように魅力を発揮できない、などの心の動きから、本当は自分の魅力で目立ちたいのに、納得いくようなかたちで自分を提示できないことを悩んでいることが推測される。つまり、自分が他者に示したい魅力ある姿が示せない、あるいは納得のいかない姿をさらしてしまっていることを苦しんでいるように思われる。そして、第二次性徴での変化がそれまで存在した自分の魅力を壊してしまうものとして体験されていたり、魅力ある姿に変容できないことを悩んでいることが推測される。彼らには「魅力ある姿でなくてはならない」「魅

力ある姿でなくては耐えられない」という強い気持ちが秘められている。

自己愛の傷つき

ケースのなかには、あきらかになんらかの出来事を契機に発症する例がある。ここでは、その契機となる出来事から彼らの悩みの本質を考えてみたい。もちろん面接の当初は、とにかく自分の容姿の醜さにのみ没頭しているので、以下のような内容はよほど丁寧に面接を重ねないとあきらかにはならない。

A 自己愛的立場が危機に瀕したのちに発症する場合

ある一卵性の双生児の姉のケースだが、それまで、常に妹よりも成績も運動も異性関係もまさっていたのに、大学入学後、自分は男性にふられ、妹は順調な恋愛関係にあるという立場の逆転が生じていた。そのことで悶々としているときに、鏡に映る自分の鼻の形が妙に丸いと感じ始め、徐々に醜いと思い込み、美容形成術を希望したので親が心配して外来に相談に見えたものである。彼女の容姿はどちらかといえば美しく、鼻も少しも醜くなかった。しかも、妹と同じ形の鼻であることは認めるものの、妹の鼻はすっきりしているのに、自分の鼻は醜いと断言した。

ある男子高校生は、中学までの成績はトップクラスで目立つ存在であるとともに、なかなかのハンサムで、女生徒にももてていたという輝かしい時代を過ごした。そして、ある有名私立高校に入学したが、クラスメイトが学力もあるうえ、自分の誇りであったピアノを何人もが弾け、幾人かははるかにレベルが高いことにショックを受けてから、徐々に自分の顔のさまざまな部分が気になり始め、二度美容形成術を受けてしまった。

B 意図せずに目立ってしまう状況におかれて発症する場合

ある女性は骨折してギブスをはめて外出するようになってから、皆に注目されていると気になり始めた。そして、しばらく人目を気にしつつも通学しているうちに、元来魅力があると思っていた深い二重瞼を見て皆がばかにしているような気になり、親に頼んで美容形成術を行なったが満足せず、部屋に閉じこもりがちになり母親に付き添われて外来を受診した。

また、ある中年の女性は、ＰＴＡの仕事のため、人前で話をしなくてはならない立場におかれ、鏡の前で話す練習をしているうちに髪の毛が薄いような気がし始めた。それで、いろいろスタイルを変えてみたがどうにも醜く感じ、いくつかの美容院に相談したが満足せず、ついにはＰＴＡの仕事ができないと泣きわめいたので、夫が心配して受診した。

これらのきっかけから推測されることは、一つは自己愛的な勝者であった立場を失うという危機状態で発症していることと、自分が周囲を納得させられる姿をしていないという危機感から発症していることだろう。この二つの危機を組み合わせると、彼らが

自分の期待すべき、あるいは他者から期待される姿を示せないという危機状況にあるように思われる。

　彼らは望ましい自己を示したいのに、そうではない自分がさらされているという自己愛的な傷つきをしている可能性が高い。もちろん、クラスメイトに指摘されたとか、ある日鏡を見ていて突然そのように思ったとか、とくにはっきりした出来事がないまま徐々に思い込むという場合もあるが、多くは思春期や中年期の体型の変化が要因となっているようである。これらも自分の納得のいかない容姿に変容してしまうという危機意識が背景にあるように思われる。ここにも「自分は魅力ある姿でなくてはならない」「魅力ある姿でなくては耐えられない」という心の強い欲求や要請が存在していることが考えられるし、その背後には「自分は素晴らしい存在であるはずだ」「自分は勝者であるはずだ」という自己愛的な自己像を求めようという欲求が強く彼らを支配していることがうかがわれる。

どのように自己愛的自己像を抱くようになったのか

　彼らは、なぜこれほどまでに自己愛的自己像を求め続けようとするのだろうか。その原因を彼らの生活史に求めてみると、そこには少なくとも二つの特徴が見出される。

A　安定した家族状況と母親との関係性のズレ

　醜形恐怖症者の家族には、崩壊家庭や虐待的な家族は見出せない。ほとんどすべてのケースにおいて、家族状況は傍目（はため）には安定している。しかし、丹念に親、とくに母親との情緒的コミュニケーションを見ていくと、そこに問題が潜んでいることがわかってくる。それは母親が患者の情緒的な求めに応えているようで、母親の主張に子どもが負けているという状況である。そこには、子どもの気持ちよりも世の中のしきたりをひたすら押しつける姿が見てとれる。もちろん、自分の不安や身体的な不調に気持ちが集中しているなど多少のバリエーションが見られるが、子どもの側からしたら、わかってもらったり共感してもらうといった、親子で喜びを共有する体験が欠けているような状況にあったようである。いいかえれば、親という人生最初に出会う他者との互いに自己開示的な関係のなかで、自己を受け止めてもらえたというより、圧倒されていたという状況であり、そのため彼らが自己感を安定強化するという体験を経ないで成長したことが予想される。そういう意味では、彼らは**自己の傷害**（self disorder）を抱えているともいえる。このような状況は**拒食症**や対人恐怖症などの重症例と共通した状況ともいえ、この三者の病理的な共通性が重要な問題である（この点は拙著『対人恐怖・醜形恐怖』で論じた）。

　また、女性例に多いが、幼児期に美しい親や兄弟から「お前は醜い子だ」と言われ続けたケースにもしばしば出会う。それ以上の暴力などはないが、このことがきわめて深い傷になり、決定的に自己像が歪むようである。

B　学童期（小学校の低学年）の自己愛的状況

彼らはこのような自己の傷害を抱えながら学童期を迎える。そして、成績優秀とか、可愛らしいとか、良い子ということで、思いもよらず周囲から自己愛的な評価を与えられる。とくに「この子は本当に可愛かったんですよ」「女の子と間違われるほどきれいな子だったんですよ」といった親のコメントを聞くことが多い。さきに述べたケースでも、彼らが自己愛的な供給を周囲から受けていたことがうかがわれる。

そして、彼らは周囲から提供されたその自己愛的な自己像を、この時期に形成し内在化して思春期に入り、そこでその自己愛的な自己像が維持できない、あるいは壊されるという危機に直面して発症する。その象徴的な自己の部分である身体の一部やそのすべてが自己像を壊す原因であるとして、修正のため美容形成術を求めることになる。彼らの真に求めているものは、美容形成術による部分的な容姿の修正にあるのではなく、かつて与えられた自己愛的な自己の再建であり、その自己愛的な自己の背後には「自己」の深い傷害（空虚感、絶望感、無力感として感じられる）が潜んでいるために、死にものぐるいでその自己愛的自己像にしがみつこうとする。

マイケル・ジャクソンは、幼児期に父親から精神的にも肉体的にも暴力を受けていたという。しかも、彼は「醜く、抜けていて、不器用」とも言われていたらしい。これは幼児期に、親から「お前は醜い子だ」と言われていたケースに匹敵するし、それ以上の暴力もあって、自分は醜くて無能という自己像を抱いてしまった可能性が高い（被虐待児はしばしば深い無力感を抱きやすい）。そして、十一歳からショービジネスに入り脚光を浴びる。これは、学童期に周囲からきわめて高い評価を得ていた状況といえよう。こうした生活状況からも醜形恐怖症の可能性が高いが、彼が化粧に二時間以上かけるとか、家の使用人すら彼の素顔を見たことがないとか、度重なる美容形成術（鼻の手術は六度に及ぶという）などからも、彼が醜形恐怖的悩みを抱いているのはほぼ間違いないだろう。ただ、彼の場合、人種的な悩みも考えなくてはならないし、少年や動物への強い愛着や、強迫傾向などほかの問題も重なっているようだ。

自己像は二段階で形成される

すでに述べたように、彼らは幼児期の家族との関係で傷ついたり、自己の傷害を抱えてしまったりしているという状況と、学童期に周囲から思いもかけない評価を受けたという状況が共通している。このことから、自己像というものは、どうもこの幼児期と学童期における他者との関係の質や、他者からの評価や愛情の向けられ方で決定されることが推測される。とくに幼児期の情緒的な共鳴関係の欠除は、積極的に傷つけられる場合と同様に深刻なマイナスの自己像を内在化させるようであるし、無力感や絶望感がその自己感覚には伴うようだ。

そのような深いマイナスの自己感覚を抱いていた彼らが学童期に突然、周囲から高い評価を与えられる。とくに多いのは「可愛い」とか「人気がある」という評価である。彼らは、この小さいがはじめての社会的な世界での自己に手ごたえと快さを感じる。そして、この自己像を内部にある絶望的な自己像の上に被いかぶせる。

しかし、そこにはいつも仮面としての自己という性質がぬぐいきれず、他者に評価されるべき自己像を提示しきれていない苦しみや、その背後にある醜い自己像が露呈してしまっているという苦しみにはまりこんでしまうことになる。さらに、あるべき自己像に現実像を近づけようとして果てのない手術を繰り返すことになる。その意味で彼らは「醜い容姿・醜い自己像」を抱いているのではなく（妄想的ではなく）、「求める美しい容姿・周囲が高く評価してくれる自己像が手に入らない」ことを悩んでいると考えられる（強迫機性破たんの心性に近い）。

どうも人は理想の自己像と現実の自己像とを常にチェックしながらなんとか妥協したり、折り合っているのが健康な状態であり、その両者の解離を受け入れないのが、醜形恐怖症者であるともいえよう。

対人関係を楽しむために

醜形恐怖症の治療は、諸外国を見てもこの方法がよいというものが確立されていない。私自身は、個人的な心理療法とともにグループ・ワークを並行して行なう方法がもっとも効果があると考え実践している。たぶん、この治療は世界的に見てももっとも効果的な治療法の一つだと自負している。多くの醜形恐怖症に悩む青年たちが、自分の考案した方法で立ち直っていくのを見るのは精神科医としてうれしいことである。

彼らは同年輩の他者との関係のなかで自分が特別に醜いわけではないことを実感し、少しずつ対人関係を楽しむようになり、積極的になっていく。すると、醜形恐怖の悩みとは、実は自己愛の傷つきであり、自己主張の弱さであることが自覚されることが多い。身体の美醜はそのような自己の傷つきと脆弱さの象徴となっていたようである。

▼ほかの対人恐怖症（視線恐怖症など）を含む対人関係の悩みや不登校の子どもたちにも上記の治療は大変効果があり、彼らにも並行して行なっている。治療の問い合わせは青山心理臨床教育センター（☎03—3486—4617）へ。

［参照］
▼自己愛性人格障害（24頁）、拒食症（160頁）

ブックガイド

『醜形恐怖の臨床的研究』
鍋田恭孝　精神科ムック

『対人恐怖・醜形恐怖——他者をおそれ自らを嫌悪する病の心理と病理』
鍋田恭孝　金剛出版

パニック障害（Panic Disorder）

突然に見舞われた恐怖

今にも死ぬのではないかといった恐怖がつのってくる。
このような状態が数分間続いた後、軽い疲労感を残して、再びもとの状態に戻る。

大原浩市

パニック障害の基底にある症状は不安である。不安は、誰でも日常的に経験する事柄だ。しかし、パニック障害の不安症状は、日常的な不安とは趣が異なり、その不安の理由が本人にはどうもしっくりと理解できないことが多い。また、種々の身体疾患の病変に基づいて強い不安が生じることもあるが、パニック障害は身体に明白な病変が見出されないのに不安症状が現われてくる病気である。

特徴的な症状は、**パニック発作**である。急性不安発作、不安発作ともいう。急激に始まる鋭い不安の突発で、発作のかたちをとる。前兆が認められるケースもあり、よく見られるのは、「頭が急に熱くなる」「頭がクラッとする」「頭が急に軽くなる」などである。

この前兆の後、自立神経性症状が出現する。動悸、胸苦しさ、息苦しさ、血がひく感じ、震え、しびれ、冷汗、めまい、動揺感、悪寒、のぼせなどだ。同時に、強烈な不安におそわれる。身体に力が入らない、身体の力が抜ける、などの感じも訴える。また、今にも死ぬのではないか、気が狂うのではないか、といった恐怖がつのってくる。

このような状態が数分間続いた後、軽い疲労感を残して、再び元の状態に戻る。このパニック発作は、しばしば繰り返すことがある。

患者は、パニック発作を起こした後、再び発作に見舞われるのではないかという恐怖感を抱くようになる。また、しばしば恐

怖を回避するようになる。外出などの行動が制限されたり、発作を呼吸器、循環器、中枢などの疾患に結びつけて病院を受診したりする。

不安緊張状態が慢性的に続き、なんとなく落ち着かない気分が続く。身体のこわばり、息苦しさ、動悸、冷汗、口渇、喉がつまった感じ、めまい、ふらつき、ほてり、寒気、注意集中困難、疲れやすい、不眠、食思不振なども見られる。表にWHOが作成した診断基準（ICD）を示す。

うつ病とも関係している？

パニック障害によく見られる症状の一つに、**広場恐怖**（アゴラフォビア）がある。「アゴラ」はギリシャ語に由来し、都市の広場を意味する。もともとは市民の集会場であり、政治宗教商業の中心地で、大変にぎやかな場所である。また、「フォビア」は恐怖症を意味する。広場恐怖は、逃げることが困難であるかもしれない（または、恥ずかしくなってしまうかもしれない）、または、パニック発作やパニック様症状が起きたときに助けが得られないかもしれない場所や状況に対する不安や回避である。なお、アメリカ精神医学会が作成している診断基準（DSM）では、**広場恐怖を伴うパニック障害と広場恐怖を伴わないパニック障害**に分類されている。

表　WHOの診断基準(ICD-10)によるパニック障害の診断基準

A. 反復性のパニック発作で、特別な状況や対象に一致してともなってくるものでなく、自然に起こることが多い（すなわち、エピソードは予知できない)。パニック発作は、懸命な努力の必要な状況や危険にさらされる状況および生命をおびやかされる状況にともなうものではない。

B. パニック発作は下記の全てを特徴とすること。

(1) 激しい恐怖または不安の明瞭に区別されるエピソード
(2) 突発的な開始
(3) 数分のうちに最強となり、少なくとも数分間は持続
(4) 下記のうち少なくとも4項が存在し、そのうち1項は(a)から(d)のいずれかであること

自律神経性の刺激による症状
(a) 動悸
(b) 発汗
(c) 振戦
(d) 口渇

胸部、腹部に関する症状
(e) 呼吸困難感
(f) 窒息感
(g) 胸部の疼痛や不快感
(h) 嘔気や腹部の苦悶

精神状態に関する症状
(i) めまい感、ふらふらする、気が遠くなる、頭がくらくらする
(j) 物事に現実味がない感じ(現実感喪失)、あるいは自分自身が遠く離れて「現実にここにいる感じがしない」(離人症)
(k) 自制ができなくなる、「気が狂いそうだ」、あるいは気を失うという恐れ
(l) 死ぬのではないかという恐怖感

全身的な症状
(m) 紅潮または寒気
(n) しびれ感またはちくちくする痛みの感覚

C. 他の疾患を除外する。

また、**抑うつ状態**、**うつ病**はパニック障害患者の約半数に見られる。両方を持つ者の約三分の一では、うつがパニック障害の発症に先行して起こる。残りの三分の二では、うつがパニック障害の発症と同時またはその後に起こっている。

疫学的研究では、パニック障害の生涯有病率は一・五〜三・五％、一年有病率は一〜二％である。パニック障害と診断された人の約三分の一から半分が広場恐怖を合併している。

パニック障害の発症年齢にはかなりのばらつきがあるが、最も典型的なものは青年期後期から三十代半ばの間である。治療を受けて六年から十年後に患者の約三〇％は健康になり、四〇〜五〇％は改善していても症状が残っており、残りの二〇〜三〇％は同じような、または若干悪い症状を呈している。

パニック障害を持つ人の生物学的第一度親族が、パニック障害になる確率は四倍から七倍になる。双生児研究でもパニック障害の発症への遺伝的関与が指摘されている。

パニック発作が一般身体疾患の直接的な生理学的作用によると判断される場合には、パニック障害と診断されず、**一般身体疾患による不安障害**と診断される。パニック発作を起こす可能性がある全身性の疾患としては、甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、前庭機能不全、けいれん性疾患、および心疾患が含まれる。適切な検査が身体疾患の病因的役割を決定するうえで有用だ。また、パニックが物質の直接的な生理学的作用によると判断される場合はパニック障害とは診断されず、**物質誘発性不安障害**と診断される。中枢神経刺激薬（コカイン、アンフェタミン、カフェイン）または大麻の中毒、中枢神経抑制薬（アルコール、バルビツール酸）の離脱がパニック発作の引き金となる可能性がある。

▼ケース　ストレスと不整脈

A　広場恐怖を伴わないパニック障害

五十一歳の女性が不安発作（胸内苦悶感、息苦しさ）を訴えて受診してきた。両親と六人の兄弟のうち四人が高血圧症である。

昭和X年、夫がクモ膜下出血で死亡。夫は外科医で開業して間もなくであった。五人の子どもがあり、心労が重なっていた。以前よりストレスがたまったときに時々出現していた不整脈とともに胸内苦悶感、息苦しいといった不安発作が毎日午前十時頃出現するようになった。血圧も一七〇／八〇前後となった。ストレスがたまると過食気味となり、五〇キロ台であった体重も七〇キロを超えるようになった（身長一五四センチ）。いくつかの病院を受診し、抗不安薬を処方されていたが、改善しないため、平成Y年、A病院を受診、入院となった。

B　広場恐怖を伴うパニック障害

三十五歳の男性が、不安発作（死の恐怖）のため来院した。息子も広場恐怖であると

illustration／サイコ・オカダ

いう。

小学六年生（十二歳）のときに中学受験のために塾に通っている電車の中ではじめて不安発作を体験した。動悸、呼吸困難が出現し、気が遠くなった。死ぬのではないかという恐怖感があった。それ以来、同様の発作を二、三カ月ごとに体験した。繰り返す発作に加えて、患者は、これまでの人生において、乗り物やエレベーターの中に閉じ込められる状況を思い浮かべると不安を感じていた。飛行機に乗る前はビールを飲み、親しい人と一緒に乗るようにしていた。面接時、彼の表情は冴えず、抑うつ気分、意欲低下、不眠なども訴えた。

どのように治療するか

治療には以下のようなものがある。

1　患者教育

まず、疾患と治療法について患者や家族に説明して理解させる。症状はパニック障害という疾患のためであり、性格、気の弱さ、育て方などのためではないこと、症状の基本は不安であり、その基盤になんらかの生物学的異常が考えられること、**薬物療法・精神療法**が効果があることなどである。

2　薬物療法

パニック発作は、一般のベンゾジアゼピン系抗不安薬ではあまり効果が見られないといわれている。パニック発作に対して有用であることが確認されているのは、トリアゾロベンゾジアゼピン系薬物であるアルプラゾラム（ソラナックス）、三環系抗うつ薬のイミプラミン（トフラニール）、クロミプラミン（アナフラニール）などがある。また、最近では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（ＳＳＲＩ）である、フルオキセチン、フルボキサミン、サートラリンなども、パニック発作に有効であると報告されている。

実際には、まず、速効性があるアルプラゾラムを処方し、次にイミプラミンに切り替えていくことが多い。副作用としては、アルプラゾラムでは、眠気、薬物依存を注意する。イミプラミンでは、抗コリン作用、心・循環器系に対する作用を考慮する必要がある。

3　精神療法

薬物療法のほかに、精神療法も並行して行なわれることが多い。一般的な支持的精神療法のほかに、森田療法、行動療法、認知療法などが効果がある。

森田療法は、森田正馬（一八七四～一九三八年）によって始められた日本独自の精神療法である。

患者は、自分の症状に「とらわれ」ている。自分の症状を治すことに専念し、自分が本来するべきことは、症状がなくなってからしようと、後回しになりがちである（気分本位な生活）。しかしながら、パニック発作のような症状は、気にすればするだけ、感覚が鋭くなり、より症状が出現しやすくなる（精神交互作用）。森田療法では、症状を「あるがまま」に受け入れ、自分が本来するべきことを行なうよう指導して、考え方、生活様式を修正していく（目的本位・行動本位な生活）。学生なら学業、社会人なら仕事にうちこむ。そのとき、いくら症状のことが気になり、出現しても、それは評価しない。本来するべきことが、どれくらいできたかを評価する。誰でも、経験があると思うが、何かに夢中になっていると、ほかのことは忘れていることが多い。行動本位の生活を実践していると、症状が気にならなくなってくる。日記指導を行ない、患者とともに生活スケジュールをつくる。だいたい、平均して三、四カ月の治療期間を要することが多い。

行動療法の一つである**系統的脱感作療法**も効果がある。容易な段階から徐々に程度を上げていきながら、不安を駆りたてる状況に直面させる。これによって、成功を体験させて本人に自信をつけさせるものだ。具体的な目標を定め、イメージしたり、リハーサルを行ない、課題を何回も繰り返すことで快方に向かう。

認知療法は、患者の認知の歪みを修正することによって、パニック発作を起こさなくしようとするものである。たとえば、軽い動悸などの些細な身体兆候を心臓発作や死などの破局的な事態として誤解すること から不安が生じてパニック発作が起こりやすい。このような誤った解釈を修正していく精神療法だ。

＊

パニック障害は、ストレスの多い都会型の生活をしている人たちに多い印象を受ける。電車やバス、自分で運転中、あるいはエレベーター、デパート、駅などの環境で起こりやすいようだ。同時に、生物学的素因が関与している。うつ病を合併する割合が高く、薬が効くので、セロトニン、ノルアドレナリン系のバランスが乱れているのだろう。

［参照］
▼うつ病（184頁）、神経症（44頁）

ブックガイド

『**DSM-Ⅳ 精神疾患の診断・統計マニュアル**』
高橋三郎ほか訳　医学書院
『**今日の精神科治療指針**』
大原健士郎、広瀬徹也監修　星和書店

コラム③▼病跡学

天才の想像力の秘密

原 淳

病跡学はパトグラフィの和訳で、主として天才の創造性の研究を行なうものである。これはイタリアの精神医学者であるC・ロンブローゾ（一八三五～一九〇九年）によって創始された。彼は、ほかに犯罪学の研究と著述でも活躍しており、犯罪学と病跡学の創始者とされている。

ロンブローゾは『天才論』を著し、当時の精神医学の視点から天才について著述している。ロンブローゾによれば、天才は精神的あるいは身体的に不均衡であり、さまざまな「変質徴候」を有しているとされる。天才、犯罪および狂気は親近性を有し、「天才は真に背徳狂の一部に属し、変質精神病にほかならない」とロンブローゾは結論している。ちなみに、変質精神病は広い意味で「てんかん」のことであり、発作の代わりに創作力が発動されるか、霊感が発作とみなされるという。

ドイツの精神医学者クレッチマーは著書の『天才人』の中で、天才を「積極的な価値感情を広い範囲の人々に永続的に、とくに強く呼び起こすことのできる人」としている。

彼は気質類型から天才を論じており、循環気質者の場合、現実主義的でユーモアのある文学者、写実的な経験を重視する研究者、陽気な組織者としている。

ランゲ・アイヒバウムは『天才、狂気、名声』の中で、次のように述べている。

1　天才は精神病質（異常性格）である
2　緊張の強い神経症者か神経質者である
3　薬物中毒が多い
4　精神病質のうえに放心、多幸、法悦などの極端な例外状態を呈し、狂気と誤られやすい

さらに精神病と創造に関して以下のように述べている。

①作品の創造の後に精神病となったもの
②精神病の体験が作品に生かされたもの
③精神病にもかかわらず、高い価値の創造が可能であったものである。

ヤスパースは作家のストリンドベルグ、画家のゴッホらを精神分裂病と診断し、分裂病の特異な影響を様式変遷と指摘している。フロイトはレオナルド・ダ・ヴィンチ、ゲーテ、ミケランジェロ、およびドストエフスキィに関して述べている。

わが国では、日本病跡学会が毎年開催されており、『日本病跡学雑誌』が刊行されている。対象人物に関しては夏目漱石が最も多く、次いで三島由紀夫、芥川龍之介、宮沢賢治が多い。

illustration／工藤六助

多重人格障害（Multiple Personality Disorder）

私の中に棲む他人

耐えがたい体験を記憶から遮断し、まさしく他人事にしてしまう防衛機構、人格の同一性さえも否定するというぎりぎりの選択。

影山任佐

最近、マスコミなどの影響もあってか、多重人格に対する関心が高まっている。テレビ番組でも、俳優によって多重人格障害がけっこうリアルに演じられていたし、数年前には、ダニエル・キイスの『24人のビリー・ミリガン』（早川書房）がベストセラーとなり、続刊まで発売された。その後も多重人格に関する書物が次々と出され、専門書も目につくようになった。多重人格は、いわば一種の流行にさえなり、ブームを巻き起こしている。

しかしこの人気は、精神医学会などの専門領域畑の者よりも専門外の人々においてとくに高く、関心も強いように思われる。これまで多重人格障害は、ごく普通の臨床家なら生涯を通じてもまず一例も目撃することのない稀なものであった。筆者も精神科医になって二十五年余りになるが、臨床や精神鑑定において多重人格者には最近までお目にかかったことはなかった。最近になって、多重人格のケースに三例ほど遭遇した。

多重人格は、最近の米国精神医学会の診断基準（表）では**解離性同一性障害**（Dissociative Identity Disorder）と名称が変更されている。しかしここでは一般に馴染みのある多重人格という名称を採用しておく。この診断基準ではたんなる名称の変更だけにとどまらず、多重人格の発生機構としての「解離」と、解離を起こしているものが「同一性」（人格・人格状態）であることを明示している。

表　解離性同一性障害

A．2つまたはそれ以上の、はっきりと他と区別される同一性または人格状態の存在（その各々は、環境および自己について知覚し、かかわり、思考する比較的持続する独自の様式を持っている）。

B．これらの同一性または人格状態の少なくとも2つが、反復的に、患者の行動を統制する。

C．重要な個人的情報の想起が不能であり、ふつうの物忘れで説明できないほど強い。

D．この障害は、物質（例：アルコール中毒時のブラックアウトまたは混乱した行動）または他の一般身体疾患（例：複雑部分発作）の直接的な生理学的作用によるものではない。

※子供の場合、その症状が、想像上の遊び仲間または他の空想的遊びに由来するものではない。

『DSM-Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院(1995)より

解離と精神分析

ところで、ヒステリー研究を通じ精神分析学への道を歩みつつあった**S・フロイト**の場合、多重人格については有名な一九〇九年の**ネズミ男**（the Rat Man）についての言及（ローゼンツバイクは、フロイトが強迫神経症と診断したこのケースは、また多重人格障害をも合併していたことを指摘している）などを除けば、まとまった研究はほとんどないといわれている。また精神分析学派自体がこの偉大な師に準じてか、多重人格について触れることは現在まできわめて少なかった。

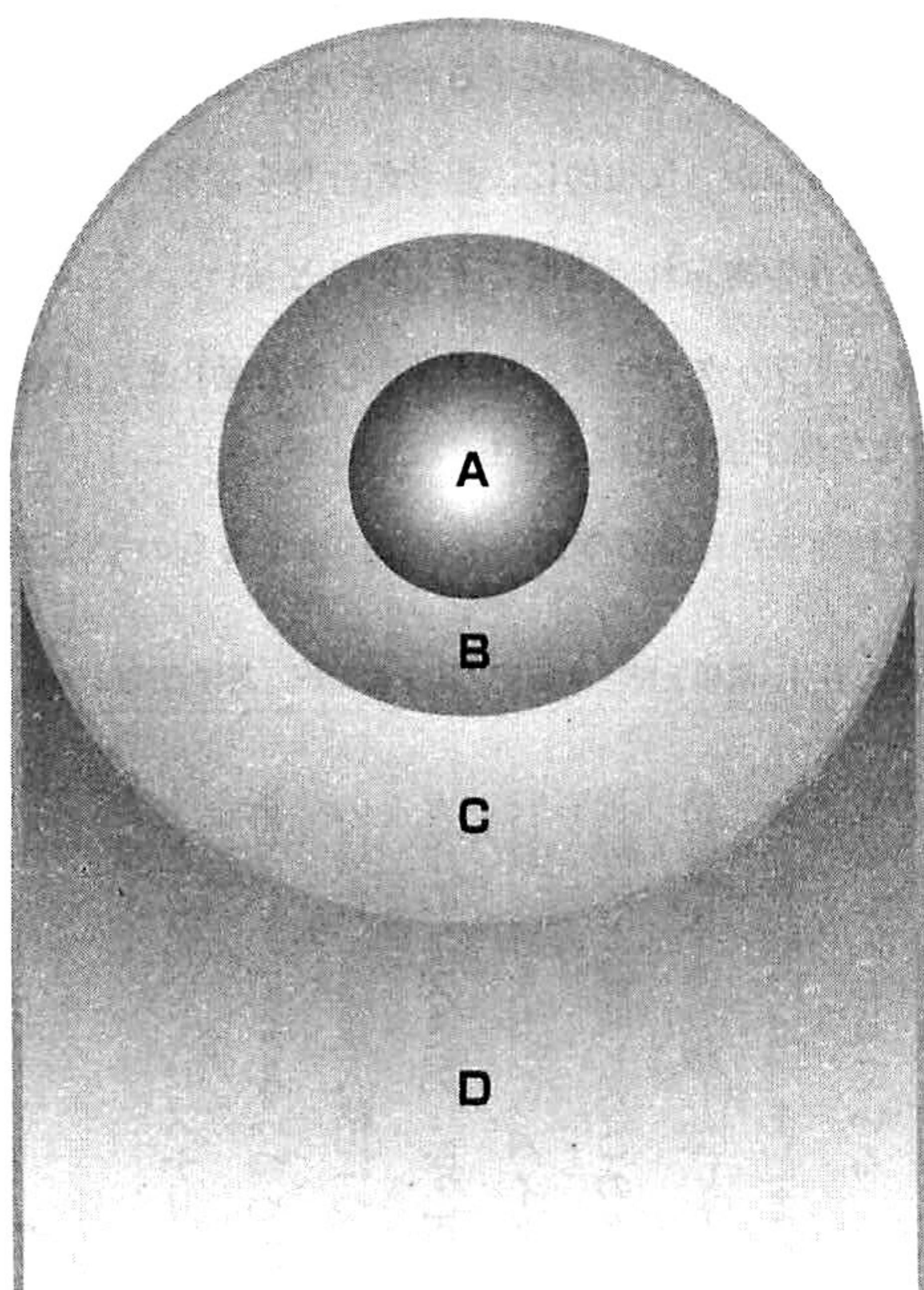
その理由は、精神分析学説と齟齬するものが多重人格現象にはあることや、多重人格現象は催眠と密接な関係にあるのに——催眠による医原性（治療によって病気を引き起こす）であるとさえ批判されている——、精神分析は催眠を技法的に捨て去ったところから誕生している。さらに多重人格では、抑圧よりも解離機構が重要である。このように歴史的、理論的、技法論的な問題がそれには関係しているのだろうと筆者は推測している。

フロイトの後期の著作（一九三七年）に示された未完の構想「自我の分裂」の意義は大きい。**否定**を介して**抑圧**と**解離**とは相補的なものとなりうるからだ。多重人格の先駆的研究者であったモートン・プリンスや**P・ジャネ**、W・ジェームスら異常心理学の潜在意識と解離、フロイトの無意識と抑圧の違いは図のような木の切り株のような円柱に模式化できる。前者は注意の焦点と辺縁という水平構造の同心円的構造であり、垂直に分割されている。一方、後者は層的な垂直構造で、水平に分割されたものである。多重人格をもたらす解離は前者に、**神経症**を引き起こす抑圧は後者に関係した事態である。

なお多重人格の主要な人格は**主人格**、ほかの人格は**副人格**もしくは**交代人格**と呼ばれる。人格の数によって「二重人格」、「三

重人格」などと呼ばれる。人格は多い場合には百を超えることもある。ほかの人格が主人格に寄生するように同時的に存在する場合は**同時的多重人格**と呼ばれ、時間的に継起して出現する場合には**交代性多重人格**と呼ばれる。後者の場合、ほかの人格の存在を自覚している人格が存在している場合もある。

図 共意識(Prince)と無意識(Freud)

A
B
C
D

A：意識における注意の焦点
B：意識的注意力の範囲
C：共意識(潜在意識)の場
(注意力の範囲外)
D：無意識 (Id)

Rosenzweigによる

多重人格はどうやって治療するのか？

症状は後で詳述するので、ここではファン・デア・ハートやクラフトなどの治療法を筆者の経験も交えて紹介しておきたい。

多重人格の患者では九〇％以上において幼少時期に重大な性的、身体的虐待を受けた過去があると諸外国で報告されている。幼少時期の心的外傷体験が重要であっても、日本の報告例では虐待の内容が多少事情が違う例が稀ではない。筆者の例では両親の過剰な締めつけ、管理と極度の愛情不足が主要な外傷となっていた。この点は外傷体験の起こる家族や文化などの状況や受け手の問題が当然あって、諸外国と異なる面もあって当然だろう。

治療は正確な診断の下に行なう精神療法が主流を占める。治療法は以下のような段階を経る。

第一段階　症状の安定化と軽減化

治療には多重人格であることが確認され、正確な診断が下されていることが前提となるが、これが意外に困難であることが少なくない。多重人格の診断が疑われ、確定する次の段階までは、まず不安などの患者の訴える症状を中心とした治療がなされ、ひとまずは、症状の軽減がこの段階の治療目標とならざるをえない。

第二段階　診断の確定と患者への告知

診断の確定だけでなく、これを患者に伝えることは多重人格の治療にとって重要である。さらにこの診断を患者が受け入れる必要があり、このためには告知から数週間、数カ月を要することもあり、ケースごとにこの期間は異なる。

第三段階　人格の数やその役割などの確定

多重人格の治療目標は、外傷となっている記憶と解離した人格の統合であるが、その前に交代人格たちの数とその役割、特徴などを明らかにする必要がある。どのような状況で、どのような理由からこれら交代人格は誕生し、その後交代し、出現するのか、人格群のなかでそれはどのような役割を果たし、どのような位置を占めているのか、治療者は正しい認識を持たなければならない。このためには患者に日記をつけてもらい、日々の行動の記録を取っておくことが役立つ。またほかの人格出現時期の確定には、患者のその間の記憶の欠損が手がかりとなる。

第四段階　心的外傷の記憶の探索、同化と統合

この心的外傷の記憶は外傷的イメージや悪夢、フラッシュバックなどとして現われる。これらの外傷性記憶を同化、統合することというのは、患者をこれらのイメージに直接向けさせ、患者の生活史のなかに位置づけることである。深い心の傷とどのようにして患者を向かわせるのかがこの段階の治療のポイントとなり、さまざまな技法が開発されている。ここでも催眠療法が重要である。主人格はこの外傷体験を意識化し、人生の一部として受け入れ、個人史のなかの空白を埋めることとなる。

第五段階　各人格の統合

この段階では各人格が一つの全体として、統合がなされる。このためには各人格が相互に接触して、この目的のために協力し合うことが必要である。この相互の情報交換のために日記が利用されたり、患者の心の中での各人格の円卓会議が開催されたりする。この人格の融合化への過程は治療者によりさまざまである。合衆国のような連合の段階を目標にする立場から、完全な融合を目標にする者までいる。全例において理想的な完全な融合が実現するわけではない。この融合のためのさまざまな技法、一体化のためのイメージを利用した儀式（水や光の融合）が開発されている。この傷の癒え方が表面的で、治療者による強制的側面が強いと、人格は再分裂する危険性が高い。

第六段階　融合後

人格が癒え、合体した後、患者は新たに統合された一つの人格として人生を生きていくことを学ばなければならない。この段

階では融合が持続しているのか、また交代人格が新生や再生していないかのモニターが必要となる。また解離しやすい傾向、防衛そのものへの行動療法や催眠療法的な治療がなされる。

このほか睡眠障害などへの薬物療法や支持的精神療法（患者を受容し恐怖などを除く技法を一般的にいう）などの副次的治療の併用や、入院か外来通院かの決定、患者との治療同盟の結び方など重要な治療上の問題がさまざまある。

不安の強い例ではマイナートランキライザーの投与が有効である。メジャートランキライザーは解離をむしろ増強させるので投与は控えたほうがよいとされている。多重人格患者同士の集団精神療法は好結果を生むことが多いが、心的外傷の元である家族と患者を含んだ家族療法は心的外傷を新たに作り出す危険があり、一般的には好ましくない。とくに患者が子どもである場合にはそうである。ただし患者が成人である場合、患者や家族に対し病状の説明をしたうえで家族の協力が得られることが望ましい。

治療は外来通院が原則だが、緊急事態では入院が必要となる場合がある。いずれにせよ、多重人格の治療は長期にわたることは避けられない。

▼ケース　ミス・ビーチャムの四人の人格

多重人格はいつごろからどのようにして発見され、記録されてきたのだろうか。**憑依現象**は多重人格の一変種であり、多重人格のケースが多数報告されるようになったのは憑依現象が消滅してから後であるといわれている。この限りでは、多重人格は人類の歴史の誕生以降存在していたともいえよう。シャーマニズムなどは憑依の宗教的形態をとったものである。しかし、多重人格がこれ本来の自己の人格の多重性をもって出現するようになったのは、十八世紀も後半になってからであるということで諸家の見解は一致している。

一方、この時期は動物磁気やメスメリズムの勃興、催眠術の誕生と一致している。私見であるが、多重人格の出現は、近代人の自我の目覚めと「神の死」という宗教的束縛からの自由――この反面としての不安定さ、自我の不安と宗教や社会制度のアノミー（無規制状態）、そして人間自身に対するこの当時の科学的関心の高まりと決して無縁ではあるまい。

多重人格に関する最初の記録をパラケルスス（一六四六年）に求める者がいるにせよ、やはりその源流は、十八世紀末に誕生したメスメル（十八世紀ウィーンの医師）やピュイゼキュールら動物磁気による催眠の過程で多重人格を思わせる現象が出現していたことに求められよう。このような流れにあって、この研究報告の嚆矢とされているのは一七九一年のE・グメーリンの**人格の入れ換え**の一ケースである。十九世紀を

通じて、多重人格のケースが各地で散発的に報告されていたが、世紀の転換期において多重人格の研究史上画期的な業績が現われた。米国における異常心理学の礎石を築き、『異常心理学雑誌』の創刊者でもあるM・プリンスによるケース、**ミス・ビーチャム**の詳細な報告である。

一八九八年春にプリンスは二十三歳になるひとりの女子大生の治療を開始した。彼女ビーチャムは寡黙で勤勉で、読書好きで、過度に良心的な女性であった（プリンスはこの初診時の人格をB［ビーチャム］Iと命名し、交代人格の治療場面での出現順序によってBIからIVまでを区別した）。

彼女の生い立ちは不幸だった。父親は気性の激しい人で、両親の結婚生活は決して幸福なものとはいえなかった。彼女は母親には好かれず、彼女は母親の愛情を得ようと努めた。彼女が十三歳のとき、この母親が死亡し、以後三年間、彼女は父親と同居した。この父との同居生活は彼女にとってきわめて不幸な日々だったが、プリンスはプライバシーを理由に詳述を避けている。

このころ彼女は夢遊状態で夜間に外を彷徨（さまよ）っているところを警官に保護されたり、数分間続くトランス状態が自然に発生する習癖が幾年にもわたって認められていた。

一八九八年四月八日に、プリンスはこの「不安定なヒステリー患者」に初めて催眠術を実施した。開始後、間もなく彼女は通常の催眠状態（BII）以外に、BIIIの状態となり、主治医を当惑させた。BIIは催眠状態でも通常あるように、元来の本人（BI）と同一人物であることを前提として、両者はいずれも「私」と表現されていた。しかし幾度目かの催眠状態において、突然覚醒していた自己を第三者を語るかのように「彼女」と表現した。新たに出現したこのBIIIは深い催眠状態で反復して出現し、BI、IIについて知っており、馬鹿にする言動を示した。

しかし覚醒したビーチャム（BI）や通常のトランス状態での彼女（BII、後にBIIaと改称）は、BIIIについてはその存在すらまったく知らなかった。プリンスはこのBIIIにクリスという名称を与えたが、彼女は後にサリーと自ら名乗るようになった。サリーは小悪魔的性格で（the Child）、感情を押し殺し、自己犠牲的なBI（the Saint）とは性格がまるで違っていた。サリーはそれまで催眠状態において、目を閉じた状態でのみ出現していたが、この年の六月のある日、窓辺で本を読んでいて白日夢に陥ったビーチャムにサリーが突然出現し、これ以降ビーチャムとサリーの人格が交代して出現した。前者は知らない間の後者の無責任な行動のつけを支払い続け、サリー署名の手紙を見るなどして、自己がトランス状態でさまざまな言動を行なっているとの推察はしていた（ただし、サリーは同時的多重人格として出現することが多かった）。

翌一八九九年の六月七日に新しい人格BIVが出現した。この人物の特徴は現実主義的で大人の女性（the woman, the Realist）としての特質を持っていたが、名前はなかった。BIVには最近の記憶がまったくなかっ

たし、サリーやBⅠとしての彼女の言動についてはまったく無知であった（このBⅣが彼女の本来の人格にもっとも近いものであり、BⅠはこれから派生していたものであることが後に判明した）。このためサリーは、BⅣを小馬鹿にして「白痴」と呼んでいた。

このとき以降、二つではなく三つの人格が交代して出現するようになった。プリンスは元来の彼女、主人格は誰なのか深刻な疑問に襲われた。こうしてひとりの人物に異なった三人の人物が同居し、相互に相手のすきを狙って時を奪い合い、主導権争いをし、苦しめ合う「家庭内騒動」の毎日が続いた。入浴も二度する羽目に陥った。BⅠがすでに入浴していても、BⅣは承知しなかった。BⅠが覚えたタイプライターも、BⅣは最初から習わなくてはいけなかった。

患者の自伝的告白によって明らかになったことは、交代人格の出現は幼少児期にまで遡っており、人格交代はプリンスの治療開始以前から出現していたということ。プリンスが初診で会ったBⅠは、BⅣから一八九三年の六月七日のある体験を契機に発生したものであった。彼女は当時、看護婦をしており、激しい雨の降るその夜の当直の日に偶然、尊敬する幼馴染みの男友達ジョーンズに出会い、それが彼女に心的衝撃を与えた。この夜からBⅣが消失し、聖人BⅠが出現したままとなっていたが、六年後のしかも同じ六月七日に後述する事件を契機に、彼女はBⅣに戻ったのであった。

プリンスは以下のような治療戦略を立てた。BⅠとBⅣを協力させて、サリーをそれ本来の潜在意識の中へ閉じ込めようとするもので、催眠状態でのBⅡに適切な暗示を与え、一九〇〇年の春には、ついにBⅠとBⅣの融合に成功した。彼女は次第に新しい人格が安定し、長時間出現するようになった。この新しい人格が完全に融合されていればいるほど、BⅠとⅣは、この新しい融合された人格についての記憶の欠落が著しかった。治療はサリーが遺書を書き自殺すること、彼女が出現しなくなるというサリー自身の約束によって終結し、以後安定した状態が続いている。一九二〇年の論文では患者は安定し、幸福な結婚生活を送っていることが付言されている。

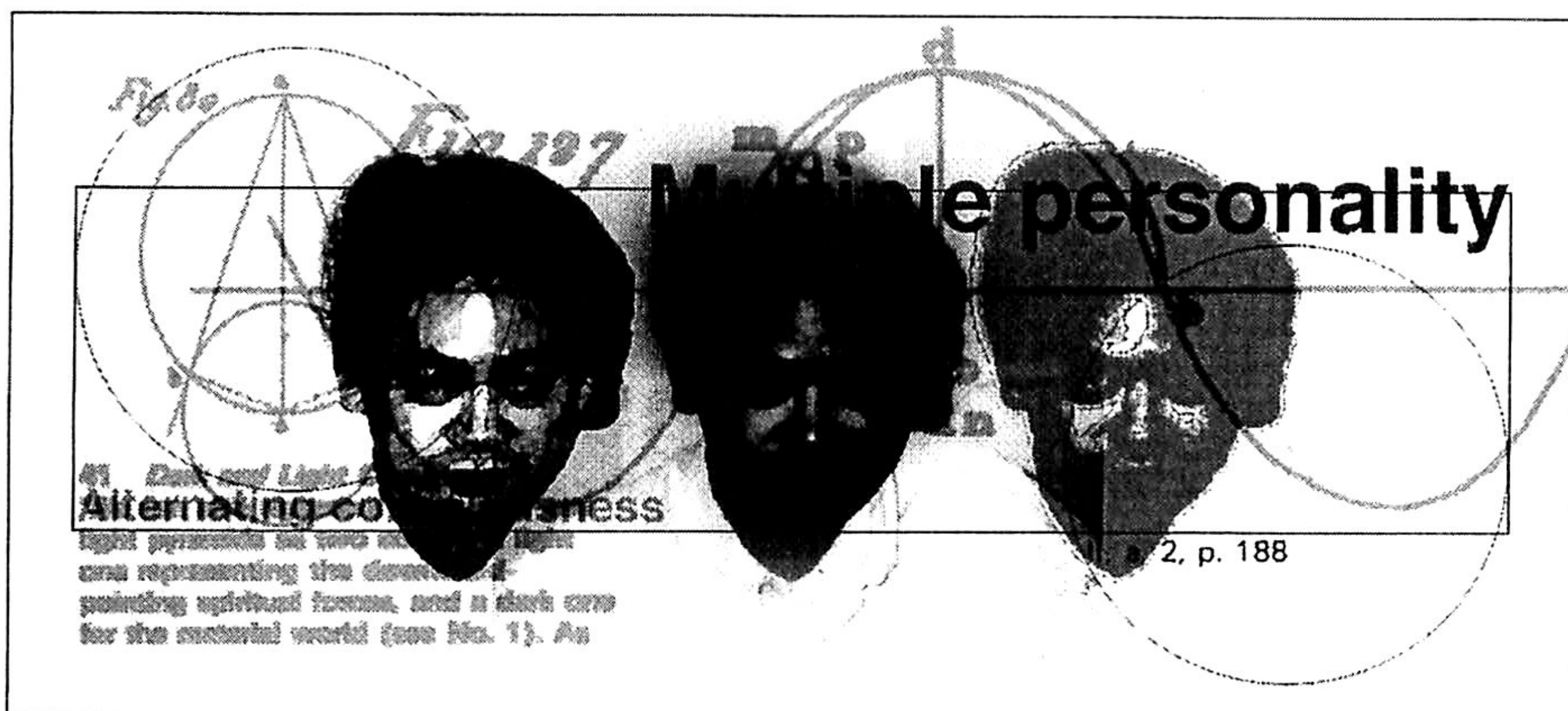
発掘されたビーチャムの新事実

ところでローゼンツバイクの最近の研究によれば、ビーチャムの本名はクララ・エレン・ファウラーと同定された。彼女は一八七三年の一月二十日、マサチューセッツ州の生まれで、プリンスの言うように、初診時は二十三歳ではなく二十五歳であった。父は左官工であった。

その明らかにされた彼女の生活歴から、彼女の解離過程には幼い弟妹の突然死症候群（sudden infant death syndrome : SIDS）が関与していたことがわかった。乳幼児の原因不明の突然の死亡が、世話をすべき者や家族に与える罪責感と衝撃について触れ、しかもこの原体験には雨天や雷雨という悪天候が関与していたことをローゼンツバイ

illustration／安芸良

Multiple personality

Alternating consciousness

クは主張している。

ローゼンツバイクによると患者が七歳になった一八八〇年六月七日に生後四日目の弟が死亡し、そのときに交代人格のサリーが発生した（患者は父親より年上の女房であった母親の婚前交渉によって生まれた「望まれない子」で、弟や妹が溺愛されていた。患者の弟妹への嫉妬と憎悪が突然の弟の死亡によって実現され、患者は衝撃を受けたようだ。一八八六年一月には、また別の生後間もない妹を亡くし、数日後には産褥熱で母を失っている）。調査によれば、この日の天候は小雨まじりの曇天であった。

またBⅠが発生した一八九三年六月七日、病院での夜勤中に起きた年上のボーイフレンド、ジョーンズとの突然の出会いがあった日、またプリンスが治療中にBⅣが発生した一八九九年六月七日の狂乱した患者との遭遇事件の日も、双方いずれの日にも雷雨があった。そして前者の日は、患者が勤務していた小児病院のあった地区で起きた両親殺害事件の犯人の裁判が大きく新聞報道されていた日であった。

また後者の日には、ジョーンズから手紙が届けられ、さらには主治医であったプリンスの父・前ボストン市長の死亡記事が新聞に掲載されたものを患者がプリンス博士と誤読し混乱したために、プリンスは彼女の自宅へ往診に呼び出された。なお彼女は三十九歳となったとき、プリンスの同僚で、ボストンの著名な精神科医師G・A・ウォーターマン博士と結婚し、一九五四年に死亡した（患者は一九〇七年頃に結婚したが、未亡人となっていたらしく、博士とは再婚であった）。

ローゼンツバイクの論文はプリンスが、そして患者が故意に伏せたこと、患者が黙して語らなかった秘密と謎を追及する探偵の趣がある。プリンスの著作では抜けていた部分、その曖昧な記述、隔靴掻痒の感をどうしても抱かざるをえないところを、ジグソー・パズルをはめるかのように、埋め、解消している。幼少時期の心的外傷体験、家族力動の見地（両親および兄弟との葛藤）、

性欲動からのオーソッドクスな精神分析的手法によるものであるとはいえ、面白い展開を示している。両者の著作を順次読まれることを、このケースに興味ある読者にはぜひお勧めしたい。

現代人は、なぜ多重人格に魅了されるのか？

最近わが国でも多重人格のケース報告が漸次増え（日本では一九九六年時点で四十例ほどが知られているといわれている）、専門誌でも特集が組まれたり、これに関する著作も増大している。とくに幼女連続誘拐殺人事件の宮﨑勤被告の精神鑑定では、解離性精神障害なのかどうかをめぐって鑑定人の意見が分かれ、多重人格などとマスコミを賑わしたことは記憶に新しい。

耐えがたい体験を記憶から遮断し、さらにはまさしく「他人事にしてしまう」多重人格の解離という防衛機構、人格の同一性さえも否定するというぎりぎりの選択——。多重人格患者の数が増大しつつあるということは、現代社会において深い心の傷を負う機会が増えている証でもある。少なくとも交代人格の数と同じ数だけ、患者は現実生活において深い心の傷を負っているのである。多重人格患者の存在と増大は現代社会と家族の病理と危機をなによりも雄弁に物語っている。

しかし、中井久夫氏らが指摘するように多重人格の出現は稀である。とくに日本においてはそうであった。実数が少ないのか、発見しにくいのかの問題は残るとしても、筆者も多重人格は従来の日本の風土では生まれにくいのではないのかと考える。その理由として筆者は、かつて次のような主張をした。

西欧では個人の個性や意見、生き方、人生観が強く求められるのに対し、従来の日本ではこの逆であり、没個性的であればあるほど人徳があるとされていたからである。個人的見解や人生観を強く求められることがなく、また一神教の神との契約ではなく、多神教というよりも八百万という万神教（＝無宗教）の我々は神の前でも一対一の関係にはない（しかし、憑依が多重人格となるには神の死という、神からの解放と近代人の自我の目覚めと不安が不可欠であったことは本論冒頭で触れたとおりである）。実社会の中でも、先輩や上役、会社や家庭などにおいて、個性というよりも地位や身分に重点をおいた日本特有の諸々の関係の中で、その関係の多様性、濃淡に絶妙なまでの目配り、対応をしながら、集団一致的な協調を念頭におく平均的日本人は、人格の一貫性も個性的側面も殺ぎ落とされてしまっているのではなかろうか。

このような個性のありようの違いが、多重人格の病理にどのような影響を与えているのかはさらに突っこんだ論議が必要だが、個性の交代的変化としての多重人格の出現のメリハリ、あるいは社会的・文化的文脈なり背景を消失させている働きをしているのではなかろうか。さらには、多重人格の病因的役割として重視されている幼児虐待が、米国におけるほど日本では問題となっ

ていない。**家庭内暴力**といえば米国では両親、とくに暴君的父親の幼児の身体的、性的虐待を指すが、日本では逆に、父親が年長の子どもに暴行され、殺害さえされるのを指しているくらいである。このようなことが、日本における多重人格の出現しにくさを規定している要因の一つとなっているように考える。最近ではこのような筆者の考えと同様の主張をする研究者も出てきた。

適応のための自己の二重化も必要

最後に、精神保健上必要な〝二重人格〟があってもいいのではないかということを指摘したい。それは人格自体が成長する複合的構造を持つもので、生成と存在という、矛盾するものの多様的統一であるのだが、ひるがえって考えてみれば、従来の日本語主体、日本文化主体から異国語主体、異文化主体への移行を強制される移民や海外留学などでは、一種の二重人格的ともいうべき状態は必発である。このような半強制的とはいえ、意図的ともいえるこの言語主体、文化主体としての自己の二重化は過渡的には異国への適応上、精神保健上、必要であるだろう。

つまり異文化葛藤とは、個人のレベルでは常に二重人格的状態を孕んだ問題なのだ。この限りにおいて、前述したように古典的ケースが移民であったり（メアリー・レイノルズ）、バイリンガルな女性であったり（ビーチャム、O・アンナ）、さらには独仏などの国境地帯住民であったりするのは決して偶然ではないように思われる。これもだいぶ前に筆者が指摘したことだが、最近同様の主張をする研究者も出ている。

多重人格は、なぜこれほどまでに興味をひくのだろうか。多重人格障害についての記述を読んでいて、遊びながらの真面目さ、表面的にすぎない深み、変化しながら持続するもの、といった矛盾するものの混交に筆者は大いに魅了された。我々が酩酊したり、同窓会における若返り、退行現象を享受し、衣装替えなど絶えざる変身を楽しみ、一方では分身をし、これを育て、表現する。つまりは演技する能力がある限り、これらを戯画化したともいえる多重人格に対する我々の興味はつきないだろう。とはいえ人はすべてシュピーレン（遊ぶ、児戯を演ずる）はするが、すべてがシュピーラー（役者）になれるわけではない。多重人格としてこの能力が現われるには、分離し、出現するほどに、これを抑える力動的過程と、一つの人格として育むだけの想像力（＝創造力）が不可欠である。出現するには隠すのである。

[参照]
▼家庭内暴力（222頁）

ブックガイド

『二重人格はなぜありにくいか』『中井久夫著作集別巻2』
中井久夫、山口直彦　山口直彦編　岩崎学術出版社

『ミス・ビーチャムあるいは失われた自己』
モートン・プリンス　児玉憲典訳　中央洋書出版部

『外傷性精神障害――心の傷の病理と治療』
岡野憲一郎　岩崎学術出版社

ヒステリー（Hysteria）

抑圧された無意識の葛藤

無意識によって織りなされたタグがしばしば露出するとき、
ヒステリーは無意識を読み解くためのきわめてすぐれたロゼッタ石となる。

兼本浩祐

神経学の草分け的な存在である**J・M・シャルコー**（一八二五～一八九三年、フランスの神経学者）は、ヒステリーをたとえば多発性硬化症と同じような多彩な症状を示し、軽快と増悪を繰り返す脳の病の一つと考えていた。しかし、シャルコーの死とともに、ヒステリー概念は激しい攻撃にさらされ、ヒステリーはシャルコーの、ひいては神経学のスキャンダルであるかのごとく扱われるようになる。

ヒステリーが脳の病ではないことが次第に明らかになるにつれて、それは何かしら病としては不完全なものとして、医学の領域の辺縁へと追いやられるようになっていった。結局、ヒステリーは精神の病の新たな国際分類であるＤＳＭからは削除され、**解離性障害**、**転換性障害**などのいくつかの項目へとばらばらに解体され、ついにはこの新たな医学の目録の中で、いったんはその名前すら失うこととなった。

最新のＤＳＭでヒステリーは復活こそしたが、**身体表現性障害**のさらに下位分類である身体化障害の項目へと矮小化され、**ブリケー症候群**という名のもとに小さく囲い込まれている。

人間の成り立ちに関わるヒステリー

ヒステリーがたどったこうした運命は、単に神経学の帝王シャルコーへの反乱という歴史的な偶然に起因しているわけではなく、ヒステリー概念そのものが孕む構造的な問題性を反映している。

第一に医学的診断は、病を対象として固定するという特性を持つために、診断を下す側と診断を下される側が裁然として分けられるという点が、ヒステリーの成り立ちとは相容れない側面がある。練達の内視鏡医が、たとえ自らの胃にある癌を自分で見つけたとしても、それは「私が所有する癌」ではあっても、「私」という主体が「癌」であるわけではない。それに対して「私」という主体は「ヒステリー」でありうる。

第二の問題は第一の問題と密接に関わっているが、ヒステリーは基本的には人というプログラムの構造の一部であって、無意識における根本的な問いと関わっており、精神分析的な考え抜きには描出の困難な現象であるという点である。汎脳主義の敷衍によって精神分析的な考え方は大きな痛手を被った。

ヒステリーが〝ヒステリー性〟という我々自身の成り立ちに関わる問題としてではなく、ブリケー症候群という疾患単位へと矮小化されてしまった大きな原因はここにあると思われる。

無意識のプログラムの背後

精神分析的な枠組みで考えると、人という現象は、機械語としてのＨＴＭＬ文書とホームページの画面の関係のような構造を含むある種のプログラムになぞらえることができる。

実際に画面構成を支える文法は、特殊なその文法に対する知識がなくては無意味な記号の羅列としてしか表出されないことがこの際重要である。コンピュータでは機械語の部分に支えられつつ、我々は我々にとって有意味な言葉でメールを交換し有意味な画面を表出させることができるが、会話がインターネット上で会話として成立するためには、画面には表出されない機械語のルビが実は細かに打たれている必要がある。

これと同様に無意識もある種の言語として構成されており、この言語の知識抜きには無意識のプログラムの表出は（たとえば「お母さんの大便を食べる」といった夢のシナリオがそうであるように）、意味不明の戯言としてしか表示されない。通常の覚醒状態では我々を取り巻く世界のすべては意味によって覆い尽くされており、無意識は、インターネットでメールをやり取りする際のＨＴＭＬ文書のように背後に隠れていて表示されることはない。この下部構造は夢や精神病においては例外的に非表示モードを解除され露出するのである。

精神病が人というプログラムを構成する文法そのものの問題であるとすると、ヒステリーは文法そのものの問題ではなく、人というプログラムが設定しなければならない根本問題に対する一つの解答になぞらえることができる。人を構成するプログラムは、二つの根本的な問いに対する答えをその開始点近くに置いている。

人を構成する二つの問い

精神分析的な考え方からすると、その問

いの一つは「私は生きているのか、それとも死んでいるのか」であり、もう一つは「私は男なのか女なのか」である。我々は最初の質問を強迫神経症によって、二つ目の質問をヒステリーによって宙吊りにしておくことができる。

逆に言えば、強迫神経症とヒステリーは、これらの問いに結論を出すことなくペンディングのままにしておくための技法の一つであると言うこともできる。

「私は男なのか女なのか」という問いは、人というプログラムの下支えをする機械語に当たる部分全体の構造を左右する根本的な問いであり、意識的には容易に改変したり接近したりすることができない問いである。HTML文書はもともと人造であるから、その作成者がその文法を定義しており、解説書を読めば解読することができるが、無意識には特定の作成者がいないので、誰もその文法構造を前もっては知らない。

しかし表示されたホームページの画面とHTML文書を比較することによって、HTML文法の解説書なしにでも最初は無意味な記号の羅列に見えるHTML文書の構成をある程度推測することができるように、たとえば無意識の表示である夢のシナリオと症状を比較することで、ある程度は無意識のシナリオの構成を推測することができる。

私は男なのか女なのか

「私は男なのか女なのか」という問いへの無意識における解答の一つは、「男である私にはペニスがない」と表現することができる。この解答は「私はお母さんのペニスにはなれない」と言い換えることもできる。この断念によって、男であることを選択した私は、お母さんにはペニスがあるという幻想を失い、性倒錯から免れる代わりに、自らの生そのものを断念しなければならない瀬戸際へと追い詰められる。

他方で「男である私にはりっぱなペニスがある」と解答した私は、「自分はお母さんのペニスになることができる」と密かに確信し、大臣や大学者など、立派な大きなペニスとなることができたら、お母さんのペニスとして受け入れてくれるだろうと確信することで生き生きとした生を享受することができる。無意識のHTML文書の中では、ペニスを持った男性はお母さんにはペニスがあるという幻想を信じつづける性倒錯者である。

それでは、「女である私にはペニスがない」という解答はどのような意味を持つのだろう。この場合、私はお母さんをとりあえずは断念しなければならないが、お父さんのペニスを飲み込んで赤ん坊として出産することで生を断念せずに済ますことができる。しかし、出産された赤ん坊がお父さんのペニスの再来なのか、それとも自分の自前のペニスなのか(すなわちお母さんのペニスなのか)についての曖昧さが、女性の去勢に関する曖昧さへと繋がっていくことになる。そしてこの曖昧さが、ヒステリーの源泉となるのである。

「人」というプログラムの意識の画面に現われないHTML文書が、最も身近に表示されるのが夢である。ヒステリーにおける特定の医学的症状は意識の画面に表出された誤作動の一種になぞらえることもできる。以下のケースでは画面に表示された誤作動としての症状と、それを支えるHTML文書としての夢のシナリオを重ね合わせる作業を行なってみたい。ただし以下のケースは、経過と関係のない部分はほとんどすべて改変してある。

ケース1　A嬢

A嬢は小学校以来、てんかんとして二十年以上投薬治療を受けた後に来院した。入院して精密検査をしたところ、A嬢の発作はてんかん発作ではないことが判明したため、発作が脳からきているてんかんではなく、心からきているものであることをA嬢に告げた。すると発作はいったんは著しく悪化したが、三～四カ月の経過で次第に発作症状は消退し、それと交代して家人に対する暴力行為が目立ち始めた。

面接の開始時にA嬢がよく見た夢は、泥にまみれた可哀相な子犬の夢であった。また、A嬢の見る夢の中には食べ物がしばしば出現していたが、この食べ物は何かで汚されていて、しかも面接を重ねるごとに布団を汚すチョコレート、公衆トイレの菌がついた食べ物、座布団を汚すカレーライス、A嬢の頭を汚す味噌汁といった具合に、色や状況から強く大便を連想させるものへと変化していった。夢の中での食べ物が大便の性格をあらわにするにつれて、暴力行為の代わりに嘔吐・悪心・下痢といった消化器障害が目立ち始める。

汚れた食べ物の夢心象には、しばしば母親の夢心象が伴っていた。ひとしきりこうした夢が続いた後で、首のない子犬と遊ぶ夢をA嬢は見る。それと相前後して、A嬢は何万匹もの腐敗した秋刀魚を出産し、自分の身体とひと続きになった毛の生えた漬物の夢を見た。これらの夢を契機に、吐き気と嘔吐は次第に消失していき、その数カ月後にA嬢は妊娠し、女児を出産した。

ケース2　B嬢

B嬢も、同様の長いてんかんの治療歴の後に来院し、精密検査の結果、発作がてんかんではなかったことが判明した例であるが、B嬢の場合は大便そのものの夢をしきりに見た。大便の夢が頻繁に出現している間、B嬢も家人に対してきわめて暴力的となり、しかも自分が殴打される夢をしきりに見た。興味深いことにB嬢の夢の中では、大便は次第に「触っていると、だんだんと硬くなり大きくなる」ものとなり、夢の中でB嬢は次第に大便を食べるべきものとして認識するようになる。大便が食べられるべきものとしての性質をあらわにするにし

▼ケース　夢の中での食べ物

たがって、B嬢の暴力行為は影をひそめたが、その代わりに嘔吐や下痢を繰り返すようになった。

五～六カ月、下痢と嘔吐、そして大便を食べる夢を見続けた後、B嬢は「キリンの首が空から静かに落ちてくる」という夢を見る。この夢心象が出現したのを契機としてB嬢の消化器障害は急速に快方へと向かった。B嬢もその後、数カ月して妊娠・出産を経験することになる。

こうした症状と夢心象の変遷から、無意識のプログラムの成り立ちの一部を推測することができる。

第一に大便の夢そのものは暴力的な夢心象であり、殴打幻想などと密接に関連していたが、大便の夢心象が、腐敗した食物、あるいは食べられるべきものとして性質をあらわにするにつれて、直接的な対人的暴力は影をひそめ、嘔吐や下痢が出現してきたこと。

第二に嘔吐と下痢は、夢の中で大便を食べることと対応していたこと。そしてこの大便はB嬢の夢の中で明瞭となったように、ペニスの性質を色濃く帯びていたこと。

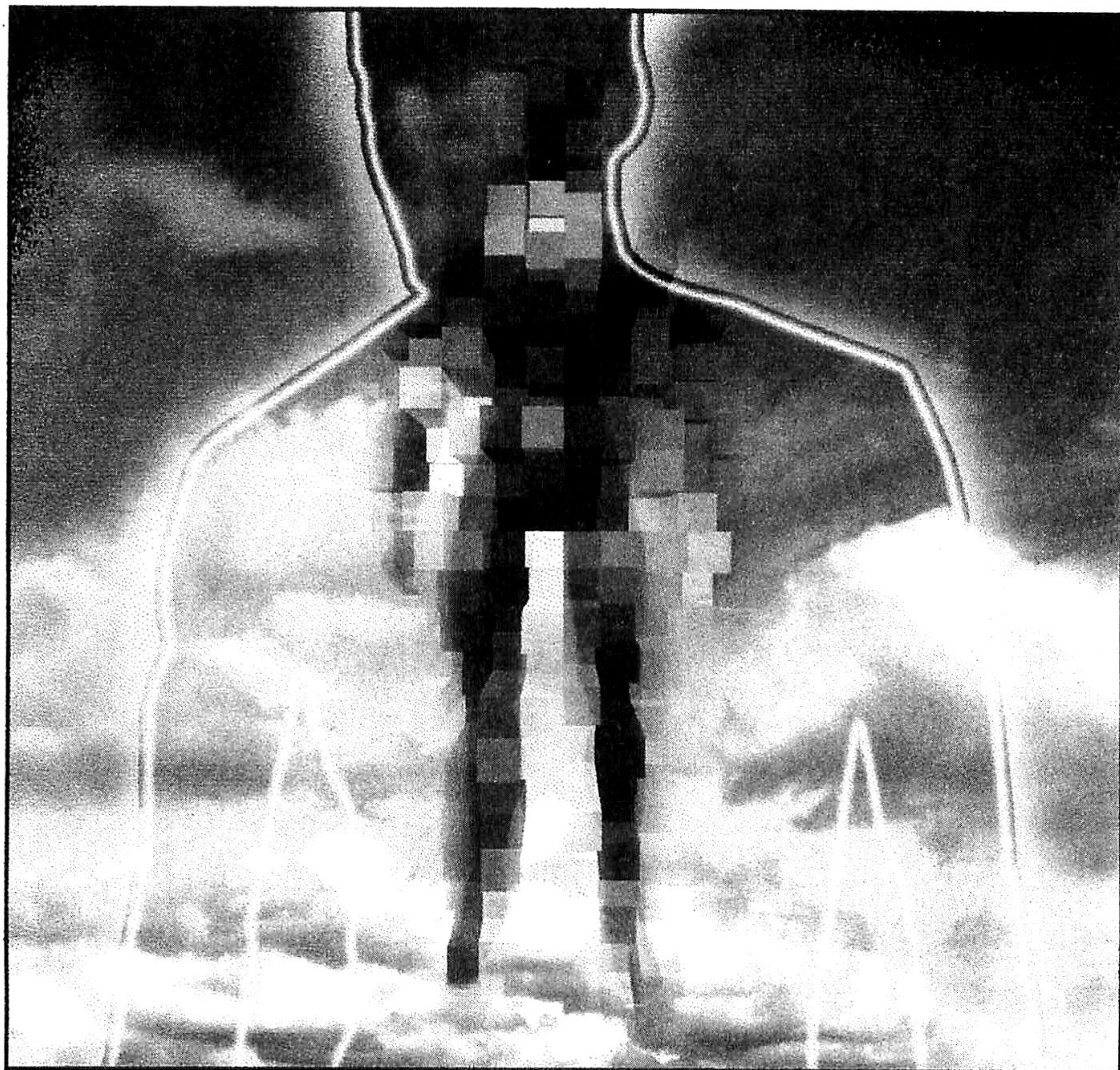
第三に自己憐憫に満ちた自己像の表現であったと考えられる子犬や小鳥は、面接を通して切断されバラバラの身体となり、この寸断された身体像の出現を契機として嘔吐や下痢は消失し、その後、しばしば実際の妊娠と出産が引き続いたことである。

「キリンの首が空から静かに落ちてくる」というB嬢の夢は、寸断された身体像の最も美しい表現の一つであるが、寸断された身体像の出現は自らのペニスをとりあえずは断念し、母親を諦め、女であることを選択したことの印であったとも考えることができる。てんかんという病名を医学によって身体に刻印されることで、彼女たちは「私にはペニスがあるのかないのか」という問題への解答を宙吊りにすることに成功したのだが、身体からこの名前を剥奪されることによって、彼女たちの身体は再び無名のバラバラの身体へと解体され、再びこの問題の前に立たされたと考えることができる。

これは腐敗した食べ物（あるいはお母さんの大便）を食べることを彼女たちに強い、次第にこの大便はペニスであることがあらわになり、夢のシナリオの中で自らのペニスが去勢されていることを認めることによって、お父さんのペニスとしての赤ん坊を彼女たちは得たのである。

無意識を読み解くヒステリー

ホモセクシャルの男性が、ヘテロセクシャルの男性よりもしばしば哲学的で深い人生体験を示すのは、男らしいヘテロセクシャルの男性の多くが本当の問いの前ではなく、本当の問いを隠蔽するための見せかけの問いに心を奪われているのに対して、ホモセクシャルの男性は「私は男なのか女なのか」という、人というプログラムの根幹をなす問いに常に直面して生きざるをえないからだとも思われる。

illustration／羽生春久

同じようにヒステリーの問いもまた「私は男なのか女なのか」という、人というプログラムの根幹への問いかけである。ヒステリーが人というプログラムを解明するうえで特権的な入口であるのは、無意識によって織りなされたタグがヒステリーにおいてはしばしば露出し、可視的な症状と併記されるからである。このことによってヒステリーは無意識を読み解くためのきわめてすぐれたロゼッタ石となる。

しかし注意すべきなのは、無意識を読み解くことで我々は自らが望んだようなかたちで癒されるわけでないということである。なぜなら無意識の開示は、我々のナルシシズムを傷つけ、我々がそれまで生き甲斐としてきた事柄の下部構造をあらわにすることで、我々を興ざめさせるからである。

ブックガイド

『夢と構造』
新宮一成　弘文堂

コラム④▼多文化間精神医学【1】

国際社会の変化に呼応する精神医療

山崎智嘉

国家、文化間の人的移動は、現在、地球規模で加速度的に増加し、拡大し続けている。それに伴って多様化する多文化間のストレスについて、東京武蔵野病院・社会療法部長の野田文隆氏は、次のように指摘する。

「近年は日本でも、海外への移住や難民、外国人労働者、駐在員、留学生などが増加しています。人種のるつぼともいうべき欧米の国家では、こうした多種の文化の違いが問題となったために、早くから多文化間精神医学（トランス・カルチュラル・サイカイアトリー）の必然性が生まれてきたのです」

野田氏は、代表的多文化国家といえるカナダの政府諮問委員会がその答申の中で、移住者、難民などに生じやすい精神科の分野でのリスク・ファクター（ストレスの原因）として七つのケースを挙げていることを紹介している。

①移住に伴って、社会的・経済的地位が低下すること

母国では管理職や会社役員、または教師などステイタスの高い職業だったが、難民として移住したために、下働き的な仕事しか与えられない、といったケース。

②移住先の国の言語が話せないこと

コミュニケーション不足のため、周囲のだれかが自分の悪口を言っているのではないかなど不安が募り、猜疑的、被害妄想的になる。

③家族と別れて単身で移住すること

単身者は、相談相手がいないので精神が不安定になりがちだ。コミュニティが方々にある中国系では、家族が同伴していなくても、ストレスが少ないというデータもある。

④受け入れ国に、移民に対する友好的態度や準備がないこと

難民に対して、収容所のような施設に収容したり、罪人のような扱いで、社会に出ても仕事の機会が制限されるケース。日本は文化受容の幅が狭く、この要因にあてはまる。

⑤同じ文化圏の人やコミュニティに接触するチャンスがないこと

中国人街のように同一文化のコミュニティがないと、ストレスが強くなりやすい。

⑥移住の前に心傷体験があること

難民の場合、出国する前に拷問やレイプ、刑務所のような監禁施設に収監されたり、漂流したりといった経験が、ＰＴＳＤ（心的外傷後ストレス障害）となることがある。

⑦老齢者、または思春期世代であること

高齢者が移住に伴って故郷や友人を失ったケースや、多感で周囲に影響されやすい思春期世代はストレスが強くなりやすい。

かつて多文化間精神医学は、たとえば、パプア・ニューギニアのような発展途上国で現地調査をして、自国で集めたデータとの違いを比較するといったことが主な内容だった。しかし現在は、日常的に発生している多文化間の実際の問題に対して、病理学的にアプローチするための分野に変化している、という。

外国籍の在住者がやっと一％を超えた日本でも、これから問題の顕在化が予測される。

illustration／工藤六助

PART ▸ 3

抑えられない欲望

[衝動の病理]

病的賭博(Pathological Gambling)

借金で解消される不安

問題から逃避する手段として、
または不快な気分を解消する手段として借金することが、
いわゆる病的な賭博を完成させてしまう。

松沢信彦

遁走者のなかに借金を抱えている者があるという報告はあるものの、借金そのものが精神医学の領域で取り上げられることは稀である。したがって、〝病的借金〟という用語は存在しない。それもそのはずで、借金はあくまで手段であり、むしろ問題になるのはその先にある賭博、アルコールや薬物乱用と依存、性的逸脱、濫買といった行動だからである。〝病的借金〟と密接に関連する従来の病態といえば**病的賭博**ということになるが、以下で「病的賭博」に関する知見を紹介し、ケースを通して〝病的借金〟の社会精神医学的な側面に関して考えていくことにする。

なぜ衝動をコントロールできないのか

一般にギャンブル依存症といわれている病態は、精神医学では「病的賭博」と命名され**衝動性障害**に分類される。「病的賭博」が最初に精神医学の診断で取り上げられたのはDSM‐Ⅲ（第三版）においてである。

ところが、「取り上げた目的は臨床的および研究目的であり、個人の責任、無能力の決定などを問題とする法的判断とはまったく関係ない」とわざわざ記載されていた。つまり、借金をめぐる問題は、賭博と同様に社会的、あるいは法的問題として処理されている可能性が大きく、一般の精神科臨床には登場しにくい側面を持っていることを示唆している。

賭博には、娯楽の範囲の賭博から病的な賭博まで幅があり、場合によっては詐欺、

窃盗などの犯罪と結びつく深刻な問題を抱えた賭博がある。「病的賭博」の定義は、「持続的に繰り返される賭博行為で、その結果、社会的、職業的、および家庭的生活に破綻をきたしている状態」である。

特徴は、「彼らは賭博をしたいという強い衝動を抑えることが困難であり、賭博行為やそれを取り巻く状況が、頭から離れなくなる。その結果、自分の仕事を危機に陥れ、時に多額の負債を負い、嘘をついたり、法律を犯したりして金を得たり、あるいは、負債の支払いを避けたりすることがある。この衝動は、生活にストレスが多くなると、しばしば増強するが、賭博による金の損失や負債が、新たなストレスとなり、悪循環を形成しやすい」となる。

行動科学的には、賭博行為が頻繁に起こるかどうかは、賭博が報酬となりうるかにかかっている。賭博行為が報酬的であるためには、賭博のもたらす精神作用を快いと感じていなければならない。ひと口に報酬といっても二通りあり、一つは純粋に快感を求めて賭博を行なう場合で、もう一つは嫌なことを忘れたいがために、快感を求めて賭博を行なう場合である。そして、後者のほうが依存はより強化されやすいといわれている。

つまり、問題から逃避する手段として、または不快な気分（たとえば無気力、罪悪感、不安、抑うつ、怒り）を解消する手段として賭博を行なうことが、病的な賭博を完成させてしまうのである。多くの人は、「賭博にのめり込むのは、その人の性格の問題で、精神力で克服しなければならない」と考えているため、精神的な病気という認識がなく、精神科を受診する踏ん切りがつかない。しかし、病的な賭博は精神医学的にはっきりした病気で、ほかの疾患と同様に適切な治療によって治癒しうるため早期発見、早期治療が大切となる。どういった状況で不快な気分に襲われ、精神的なバランスを崩すのかを精神科の面接を通して整理、理解していくことが治療するうえで大切で、この不快な気分を賭博以外の方法、つまり自己破壊的でない方法で解消できるようになることが重要な課題となる。それが自己評価を高めたり生産的で社会にとって有益なかたちでなされることがより望ましいことになる。

それでは、どのような心理的な問題が〝病的借金〟の陰に隠れているか、実際のケースを見ていくことにする。ただし、プライバシーの保護の問題があるため、事実と異なる点があることを最初に断わっておく。

▼ケース　隠しおおせなくなった借金

初診時四十五歳の男性公務員。筆者が産業医として対応したケースである。

三十八歳のとき、女性の上司が課長として赴任してきたが、その頃から無断欠勤が

目立つようになり、しばらくして二百万円ほどの借金があることが判明した。借金の取り立ての電話が頻繁に職場にくるようになり、隠しおおせなくなったからだった。母親が患者の代わりに借金を返済しているが、その後は何事もなかったかのように出勤し仕事を続けている。その後も同様の問題が二度ほどみられ、同じように処理されている。

金銭問題が再発したため、長年務めた経理の仕事から外され、内部資料の整理といった閑職に就くことになり、四十四歳からは異動により本部の管理下に置かれることになった。そして、異動してまもなく、再び無断欠勤が目立つようになり、またもや高利貸しに多額の借金をしていることが発覚した。有給休暇も使い果たし、このままでは辞職もやむをえないという状況で、上司に連れられ受診してきたのである。

彼は北日本の地方都市に長男として生まれた。父親は板金工であったが、アルコール依存症で仕事にならず経済的に困窮したため、彼が高校二年のときに離婚している。離婚後は看護婦をしていた母親が生計を立てていた。「母親は夜勤などで不在がちであったが、長男として可愛がられ、将来を期待され育った」と彼は語った。彼によれば、「母親はしっかり者で、母親の意見に従っていれば間違いはなく、今でも頭が上がらない」という。公務員試験に合格し、高校卒業後に上京している。

二十四歳で恋愛結婚し、二男子をもうけたが、保険の外交員をしていた妻は不在がちで子どもの面倒も怠りがちであった。妻は化粧や服装に金銭をつぎ込み、保険契約の代金を立て替えては返済に困ったりという金銭問題が絶えなかったため、彼が三十五歳のときに離婚している。その年、離婚歴のある母方の従妹と再婚し、すでに看護婦を停年退職していた母親とも同居することになった。

仕事の進め方に強引さが目立つため職場の上司と衝突することはあったが、勤勉で有能な社員として評価されていた。「カラオケが得意で、宴会の席では仕切り屋で通っている。明るく気分転換も早く、交友範囲の広いのが自慢である」と自らの性格について語った。

出勤を装い定刻に自宅を出ては公園などで時間をつぶし、夜はナイトクラブ、性風俗の店に通うといった生活を続けていたため借金が膨らんだようである。彼は「仕事に対する自信がなくなり、落ち込んでしまった。つい怠け心がでて欠勤してしまった。意志が弱かった。もう二度といたしません」と述べ、自分の行動について深く恥じ、後悔しているようであった。

発症状況を詳しく尋ねると、「支社での仕事に自信を持っていたが、本社に異動してからは仕事の内容が一変して戸惑った。気軽に尋ねればよかったのだろうが、上司が年下であったこともあり抵抗感があった。自分ひとりでやろうとしては失敗して落ち込み、欠勤してしまった。人一倍プライドが高く、傷つきやすい面があり、パーッとお金を使ったら気持ちいいだろうなと思う

と止められなかった」と語った。

女性上司との軋轢

そもそも事の始まりは、三十八歳のとき、女性の上司に替わってからであるが、患者によれば「(その上司は)頭が良く仕事上の問題もてきぱきと解決する優秀な人だった。ところが、夕方五時きっかりに帰宅し、音楽会や友人との会食に出かけてしまう。(患者は)係長として残業している部下につきあい、飲みにも連れていったが、自分では処理しきれない問題も多々あり、仕事は滞りがちであった。課長に対する部下からの不平不満をなだめるのも大変だった」という。そして、「当時の欠勤は仕事への自信喪失もあったが、上司を困らせてやろうという気持ちもあったかもしれない」と回想した。ところが、次の面接では「一週間自宅療養している間にたまった仕事を上司が処理してくれた。これからは何でも相談に乗ってくれるというので気が楽になった。今は仕事も順調である。母親はあきれているが、これが本当の最後ということで借金を返済してくれた。もう大丈夫です」と報告してきた。

急激な変身ぶりに筆者は驚いたが、本来の社会適応も悪くはないので立ち直りも早いのだろうと当時は考えていた。事実、経過観察を行なった半年間は、たまに頭痛や風邪で欠勤する程度で大きな問題もなく勤務している。最後の面接では、「長男が婚約するにあたり、公務員という自分の職種が相手方に信頼を与えたようですんなりまとまった。そのことを息子から感謝され、あらためて仕事を辞めずによかったと思った」と喜んでいた。また、「同期に比べ出世が遅れたと落ち込んだ時期もあったが、辞職はできないし、窓際に回されたのは自分で蒔いた種なのだから、出世欲は出さず夕方五時以降の職場のまとめ役に徹したい」と語った。

ところが、その半年後に辞職することになったという報告が入ってきた。出勤はしていたものの、借金癖が面接終了直後から始まり、ついには社内旅行用の積立金も使い果たし、その日の生活費にも困るようになった。借金は四百万円ほどに膨れ上がり、退職金をその返済にあてる以外に方法がなくなったというのである。四百万円の借金のなかには、水商売の女性から「公務員は社会的信用があり簡単に金を貸してもらえるから羨ましい」と五十万円の金策を頼まれ、その場で自分の名義を使って高利貸しから借金したものの、返済してもらえなくなった金も含まれていたとのことである。

背後に潜む〝自己愛〟

有能な社員としての職歴を持っているが、公務員という肩書きに自己の価値を過剰に同一化している面がある。職場との良好な関係が維持できているうちは人並み以上に能力を発揮するが、上司の不在や無視、あるいは職場との自己愛的一体感が崩れるという状況に直面すると問題行動が発現して

くる。このとき職場への不満や怒りが意識されたり、表面化することはなく、逆に空虚な抑うつや疎隔感に襲われるのである。

このケースで特徴的なのは、借金の存在が発覚しては母親に謝罪し、許されると人並み以上に能力を発揮するというように、借金という行動を通して母親との幼児的な関係を築いている点である。金銭を投じることにより空虚な抑うつから抜け出し、幼児的な万能的世界に住むことと同時に、借金という**行動障害**そのものを通して母親との一体化願望を満たしている。妻との共存関係がつくれずアルコールに依存していた父親の姿は、まさに患者自身の姿であり、父親のように母親に見捨てられるのではないかという不安を抱えていることになる。母親の不在や両親の離婚をめぐって生じたであろう頼りなさや抑うつ的感情は否認され、患者は母親を理想化することで**自己愛的同一化**を強化し、試験勉強や仕事に打ち込み社会適応しているといってよい。これは**躁的防衛**という心理機制（メカニズム）を駆使して適応している姿である。

そして、それが維持できなくなると一般に怒りの感情や対象の脱価値が起こってくるが、対象への怒りの解放は患者に**見捨てられ不安**や抑うつを生じさせるため、無意識に自ら自己の評価を低下させようとする。そのとき空虚な抑うつに陥るが、それを解消するために借金をしてまでも逸脱行為に走り、結果的にますます自己嫌悪に陥るという構造を持っている。返済する見込みのない借金を繰り返すのは、一過性にしろ現実検討能力の低下を認めざるをえず、衝動性の機能異常であるが、一種の精神病状態にあることになる。

したがって、神経症水準の社会適応はしてきたものの**人格障害**圏内の病態であり、母親の養育欠如に伴い自己愛が歪んだかたちで肥大化した**自己愛型人格障害**ということになる。そうしてみると、患者にとって上司や会社は、母親のような存在であることがわかるのである。

筆者は、患者が精神的安定を得たかのように錯覚し治療を終結したが、表面的な平穏さは一時的に職場や母親との自己愛的な同一化が回復したことによる躁的防衛のなせる業だったのである。

社会から見捨てられるという感情

カードによる分割払いの普及により容易に借金が可能となり、借金に対する社会的イメージはここ十年ほどの間にかなり変化してきている。借金に対する悲劇的イメージがなくなってきているだけに、逆に潜在的には問題が深刻化していることが予想されるが、事実、「カード破産」が社会化現象として取り上げられ、それが低年齢化しているとの新聞報道をしばしば目にするようになった。病的賭博の有病率は成人人口の二〜三％であるが性差に関していえば圧倒的に男性に多いとされている。しかし、アルコール、薬物依存の女性が増加し、買い物依存はむしろ女性に多いようであり、病的借金の性差はないのではないかと思わ

れる。最近ではセックス依存症も登場してきているが、いずれも衝動コントロールの未熟さが招いた病態である。

万能感を満たし、誇大的な自己実現を果たしたいという欲求は、人間本来の欲求であり、ある意味ではむしろ自然であるが、金銭を投じることによって得られるそれは一時的であり、幻想にすぎない。その典型がバブル崩壊後も続くブランド志向である。一般化された安易な幻想への耽溺は、個別性の喪失や自己破壊という危険もはらんでいるが、こうしたことを認知できず借金が繰り返される背景には、呈示したケースのように「(母親からの)見捨てられ不安、抑うつ」の否認が存在する。葛藤の回避や否認には、意識されるものから無意識のものまで含まれるが、そういった葛藤の解消方法が自己破壊的であっても一時的にせよ快楽を伴っているものであれば、そこから脱出するのは困難で悪循環が形成されやすい。

E・バーグラーは、賭博を知性、理論、倫理などに対する潜在的反抗であるとし、賭博による反抗では必然的に喪失を伴うことから、反抗に内在する罪責感を減ずる作用があるとした。ところが、賭博のために借金を繰り返すとなると、「反抗」という よりは「見捨てられ不安」が中核的な精神病理で、より深刻な病態といえる。

かつて集団や都会の中の孤独を憂いながらも、それを受け入れアウトローを気取っていた時代もあったが、急速に社会のネットワークが発達し個々人の空間的な関係が密になっていくなかで、逆に自分の居場所を見つけることができず、さらには社会から取り残されたり、見捨てられる不安に怯えながら必死に他者との関係を求める姿がある。しかし、その関係の持ち方が情緒的な交流ではなく、自己破壊的な行為を通してなされ、ついには唯一自己の存在感を実感できる手段となってしまう。大切なのは家族や職場での対人関係のなかで体験した不快な感情や葛藤をどう乗り越えるかであり、それを対人関係のなかで解消することが重要な課題であることを忘れてはならない。

皮肉にも巨額の病的借金を繰り返しているのは日本国家であり、今や世界全体がマネーゲームのための賭博場と化している社会状況がある。バブル崩壊後もその幻想を忘れられないでいる姿がかいま見られるが、賭博である以上、参加者の大多数が損失を被っているのである。こういった社会現象と呈示したケースを同一視するのは乱暴かもしれないが、仮に同一の構造を持っているとしたら、社会は誰から見捨てられる不安を抱え、誰に許しを請い、誰との一体化を望んでいるのだろうか。

[参照]
▼自己愛人格障害(24頁)、病的賭博(90頁)

ブックガイド

『自己の分析』
H・コフート 水野信義、笠原嘉監訳 みすず書房

『対象関係論的精神療法』
牛島定信 金剛出版

病的賭博(Pathological Gambling)

パチンコは自分を埋没させる誘惑

パチンコによって経済的、社会的、精神的な問題が生じるにもかかわらず、やめることができない状態を「パチンコ依存症」と呼ぶ。

岩崎正人

親がパチンコをしている間に、子どもが事件や事故に巻き込まれるケースが後を絶たない。

パチンコは従来、駅前の騒然とした場所に派手な色合いの店を構え、騒音を出し、うさん臭い人々が出入りするマイナーのイメージを持っていた。ところがピークは過ぎたものの、パチンコ業界は約二十四兆円産業(余暇開発センターの『レジャー白書』一九九六年)の規模を誇っている。国家予算が約八十兆円であるからパチンコ業界の市場規模の大きさが窺える。

背景には射幸性の高いCR機の導入、パチンコマニアから初心者まで遊べる大型店化、家族やカップルに狙いを定め、映画館・レストラン・本屋・入浴施設などを組み込んだ複合店化などが挙げられる。

パチンコ人口は約二千七百万人、一日に五万~十万円を投じるハードユーザーは約二割といわれている。アルコール依存症者は推定二百二十万人である。パチンコのハードユーザーの多さに驚かされる。

パチンコにのめり込む心理

パチンコなどの賭博で身を持ち崩す人は少なくない。賭博に熱中するあまり、食事の時間を倹約するためサンドイッチを考案したモンタギュー公、『賭博者』という小説を書いたドストエフスキーなど枚挙にいとまがない。

賭博にはまった人々に対して、これまで放蕩者、意志薄弱者、道徳的頽廃者などと

レッテルが貼られ、救済の手立てがなかった。だが心の病〝パチンコ依存症〟であるという考え方が徐々に広まりつつある。

なぜパチンコにのめり込むのか？　パチンコのもたらす興奮が心を刺激し、魅了することが最も大きな要因であると考える。

パチンコ玉の行き先を追いかけるうちに集中力が高まる。目は異様に光り、息は止まり、手に汗をかき、頭は空になり、熱中する。パチンコ愛好者は、パチンコとの濃密なバーチャルリアリティ（仮想現実）の中に自分を埋没させる。空虚感、劣等感、低い自己評価などは忘れ去り、日常の煩わしさもなく、対人的な気配りも不要な世界である。パチンコ愛好者はその世界の中で君臨し、強い陶酔感、高揚感、解放感を得る。

リーチのかかったときには緊迫感は絶頂に達し、ハラハラ、ドキドキして心臓が飛び出しそうになるほど興奮は高まる。さらにパチンコ愛好者は自分なりの理論に従って予想を的中させると、満足感が得られる。勝負に勝てば金銭的な見返りがある。

これらが次のパチンコへと駆り立て、日常生活の中で習慣化される。習慣化された行動は次第に賭け金が増え、通う頻度が高くなり、エスカレートする。あげくの果てに、費用を捻出するために借金ができ、職場では信用を失い、夫婦関係には亀裂が生じるようになる。

思い余ってパチンコをやめようとしても不眠、焦燥感などが出現するので離れられない。

このように「パチンコによって経済的、社会的、精神的な問題が生じるにもかかわらず、やめることができない状態」を〝パチンコ依存症〟と呼ぶ。

欧米では早い時期から病的賭博（精神科の国際的な診断基準であるＩＤＣ－10、ＤＳＭ－Ⅳ）が指摘されている。

パチンコ依存症の三つの要因

依存に陥るのは**パーソナリティ**、**接触体験**、**状況因子**の三つの要因が重なり合って準備されることが多い。

パチンコ依存症の病前性格は物静か、無口、おとなしく内向的、消極的であることが多い。対人関係は乏しく非社交的である。そして強い自負心を持っている。自分の生き方や仕事などに関して他人からの干渉を嫌い、独自の意味づけをして理論を打ち立てて正当化する傾向がある。

パチンコ依存症者は、のめり込む前にパチンコとしばしば遭遇している。この機会を接触体験と呼ぶ。幼少期に親戚の人に連れられてパチンコ店へたびたび出入りしていた、中学時代にパチンコ店へ父と一緒に通った、大学へ入学したら友人からパチンコの手ほどきを受けた、恋人とデートの場所はパチンコ店であった……などである。

状況要因が発症に関与する場合もある。十代の後半から二十代の前半にかけては、進学や就職など親から自立した際に生じる適応不全が見られる。三十歳代には、女性のパチンコ依存症の場合に夫婦関係の不和

が背景にあることが多い。四十歳代から五十歳代にかけて見られる状況要因は、依存対象の喪失が挙げられる。たとえばアルコール依存症から回復したものの依存対象を失い、新たな対象としてパチンコ依存症に陥るなどの場合である。

いわばピストル（＝パチンコ依存症親和性のパーソナリティ）を授けられ、玉が込められ（＝接触体験）、引き金に指をかける行動（＝状況要因の関与）にたとえられる。

パチンコへののめり込みを促進するもの

第一はビギナーズラックである。初心者が偶然大当たりを出して、投資金額の何倍かの配当金を得ることである。論理的に説明できる現象ではない。偶然であるにもかかわらず、パチンコとのつながりが強いと錯覚する。このような根拠のない思い込みが初心者を駆り立てる。

第二は間欠的強化である。パチンコへののめり込みは勝ち方によって大きく左右される。普段は負けることが多いが、時に大勝ちするような刺激を得られることがパチンコの継続力を高める。この刺激の与え方を間欠的強化と呼ぶ。

第三はリターンマッチである。負けがこんだ場合、パチンコ愛好者は金がなくなり気分も滅入るのでやめてしまう。ところがパチンコ依存症者は自負心が強く、負けず嫌いなので勝つまで続ける。いつかは勝てると思ってさらに金をつぎ込み、結局大負けしてしまう。パチンコ依存症者はパチンコに負けることも新たな刺激になり、いっそうのめり込む。この心理状態をリターンマッチと呼ぶ。

第四は借金ができたとき。地道な返済方法ではなく、パチンコの配当で一括返済しようとする傾向がある。だが勝つことは少ないので、借金はこれまで以上に増えてしまう。

▼ケース　勝ったときは有頂天

Aさんは二十四歳になるが定職を持っていない。実家で三食昼寝付きの生活に甘んじ、時々、思い出したようにアルバイトをするが長続きしない。昼間はパチンコ店に入り浸っている。

父は五十八歳、公務員である。若いころから感情の起伏が激しく、気に入らないと怒鳴り、酒が入ると暴力を振るった。母は四十七歳、専業主婦である。専門学校を卒業後、アルバイトをしていたとき父と知り合い結婚した。

母は父の暴力に脅えた。気持ちが安らぐので鎮痛剤の服用を数年間続け、新興宗教の例会へ通っている。母は何事につけAさんを頼りにし、愚痴をぶちまけた。弟は株で失敗し、今は麻雀に熱中している。

父方の三人のおじは全員競馬好き。父方の祖父、母方の祖父母は大酒家であった。

illustration／羽生春久

高校の成績は中程度、スポーツ好きであった。一浪して大学へ進学。対人緊張が強く、人づきあいが苦手で思うように友人をつくれなかった。勉強にもついていけず大学一年のときは休みがちで、留年になった。

このころ友人に誘われてパチンコを覚えた。はじめてのパチンコで大勝ちし、「自分には才能がある」「自分にもチャンスが回ってくる」と感じられた。大学へ入学してから無力感に襲われていたが一気に取り払われ、騒音と喧噪のなかに自分を沈められそうであった。こうしてパチンコに熱中した。寝ても覚めてもパチンコのことだけを考えた。

大学は二年で中退した。職探しを始めたが思うような職は見つからなかった。とりあえず弁当屋に勤めた。先輩に事細かに指示されたり、疲労がたまるという理由で三カ月で辞めてしまった。親戚から紹介されたビデオ店では、たびたび客とトラブルを引き起こしクビになった。

だが、パチンコにはのめり込んだ。朝のモーニングサービスから閉店まで打ち続けた。パチンコに勝ったときは有頂天になり、負けたときは取り戻そうとして金を費やし、結局負けてしまった。当初はアルバイトの収入で充分遊べる程度だったが、徐々に一回に費やす金額も多くなり資金が足りなくなってきた。家の引き出しにしまってある母の現金を持ち出したり、弟のビデオ機器を質屋に入れるようになった。

金の入手に行き詰まり消費者ローンの利用を始めた。一万円、二万円という少額の借金であったが徐々に増え、三社で八十万円になった。親が事の重大性に気づいたのは、金融会社から督促状が舞い込んだときであった。あわてて借金の返済をした。

だが、三カ月後、再び金融会社五社から百十万円の借金をしていたことが発覚した。親は今後パチンコをしないこと、金融会社

から借金をしないことを約束させ、返済した。

しかし、親の目を盗んでパチンコ店へ通っている。

背景に潜む機能不全家族

パチンコ依存症の発生には素質、性格、生育環境、ストレスなど多くの要因が関与すると考えられる。

なかでも最も注目したいのは家族背景である。パチンコ依存症に陥った人の家族背景を見ると**機能不全家族**である場合が少なくない。

父が**アディクション**（ギャンブル依存症、アルコール依存症、仕事依存症、女性依存症など）であるか、暴力的な問題（身体的、性的、心理的など）を持つことが多く、子どもの心を傷つける。

母は父の問題から身を守るために、子どもとカプセルをつくる。母は満たされない欲求をカプセルに取り込まれた子どもに託し、過干渉的な態度をとる。このような母の行動は表面的には愛情溢れるように見えるが、子どもの自立を妨げるので〝やさしい暴力〟と呼ばれる。

一方、日常生活での衣類や食事や身の回りの世話が行き届かない。愛情表現に乏しく、子どもとスキンシップができない。いわば母の態度は干渉と放置の両極端をとる傾向がある。

母は怒りや恨みや悲しみなどの感情をしばしば子どもにぶつけ（〝感情の垂れ流し〟と呼ぶ）、四六時中愚痴を言い、子どもを精神安定剤代わりにする。子どもは自己表現を制御し、聞き役にまわることが多くなるので、心の成長が妨げられる。

父と母から心に傷をつけられた子どもは特有の心の形が出来上がる。自己評価が低く、劣等感が強く、他人の評価に弱く、自信を持てない。意思表示や自己表現が苦手で、相手の気持ちを配慮し、相手が期待するように行動する。対人関係が不得意である。他人と接することで生じる摩擦を減らすために自分の殻に閉じこもりがちであるが、時に爆発することもある。

このような心を持っていると、社会生活を送るうえでは生きにくい。さまざまなストレスに見舞われる機会も少なくない。酒も飲めない、異性にも興味がない、仕事にも没頭できない人が、パチンコの魅力を知っていた場合、パチンコを打つことで心を癒してみようとするのではなかろうか。パチンコを始めたところ、それがストレス解消のレベルにとどまっていれば問題ないが、のめり込んでしまいパチンコ依存症に陥ることもある。

パチンコ依存症者が結婚する場合は、自分と似た心の形を持つ者を選ぶ傾向がある。心の傷をお互いになめ合い、心地よさを共感できるからである。だが相手の欠点を挙げつらい、支配権をめぐって壮絶なバトルを繰り返す。互いに衝突を繰り返しながらもたれ合う。このような配偶者選択を**共依存**と呼ぶ。

共依存夫婦は自分たちも新たに機能不全

家族をつくりだし、子どもの心をまたしても傷つける。共依存を鍵として、世代を超えて伝播しやすい。これを〝世代伝播〟と呼ぶ。

世代伝播を断ち切ること

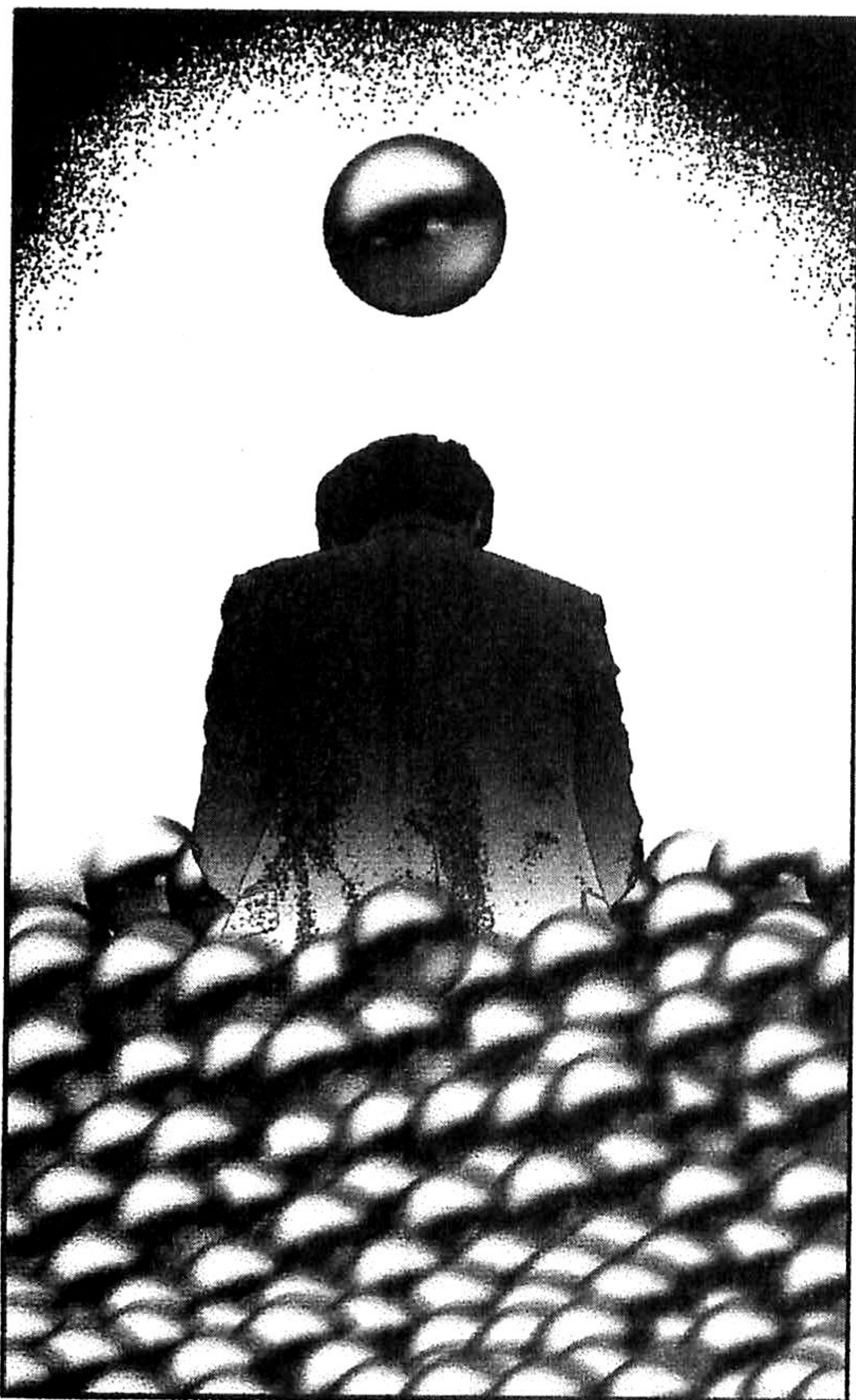
ところで、機能不全家族というのはパチンコ依存症などを発生させる特殊な家族だけに限られるのであろうか。日本の家庭を見ると、父は皆、働き蜂である。いわば仕事依存症に陥り、家庭生活を放棄しているようである。父親不在の状態といえる。

母は子どもを巻き込み教育ママとなり、自分の果たせなかった夢を託している。当然、母子カプセルができているのではないか。

いわば現代の一般家庭も機能不全化しているように感じる。核家族が増え、少子化が進む現代では、この傾向がますます先鋭化するように思う。

機能不全化した家族に生まれた子どもたちが心の癒しを求めたとき、パチンコ依存症などのアディクションに陥るか、圧倒的な力を持ち絶対的な存在への帰属を望むのではないか。

近未来には狂信的な宗教団体や、極右や極左集団が跳梁跋扈している姿が目に浮かぶ。これら絶対的な存在への盲信を食い止めるためにも、パチンコ依存症などのアディクションに陥った者が、回復を目指してまず立ち上がり、世代伝播を断ち切ることが重要であると考える。

[参照]
▼共依存（234頁）

ブックガイド

『今の私は仮の姿――平成パチンコ症候群』
岩崎正人　集英社

性別同一性障害(Gender Identity Disorder)

自分の性に対する違和感

反対の性に対する強い同一感や、
自分の性に対する持続的な不快感、
またはその性の役割についての不適切感をもつ。

及川 卓

一九九五年の五月に、埼玉医科大学で「性転換治療の臨床的研究」の審議会の見解表明に始まり、その後の精神神経学会の答申を経て、九八年秋にはついに性転換手術が実施された。これに呼応するように、マスコミでも大いに話題として取り上げられ、性別同一性障害に対する認識も徐々にではあるが深まってきたように思われる。以前ならば、ジャーナリズムの取り上げ方は非常に興味本位であって、この障害の状態像を正しく描きだしているどころか、きわもの的な扱いのために、一部の側面だけを面白おかしく拡大したり歪曲したりして、むしろ誤解と偏見を生みだしてきたことは否定できまい。

もちろん、性別同一性障害がきわめて特異な臨床群であり、精神科の臨床ではなかなか出くわすことが稀なことも事実である。しかし、昨今のように話題となっているからこそ、臨床経過の観察と事実に即した正確な認識が必要であり、慎重な精神医学的な議論が求められるだろう。

性別同一性障害とは？

そもそもジェンダーの障害や混乱とは、おおまかに言うと男性性や女性性になんらかの脆弱さや破綻をきたしている状態である。こうした問題は性的逸脱に限らず、神経症や精神病などでも頻繁にみられ、また、人間の精神発達のさまざまな段階でも見出すことができる。

だが、「性別同一性障害」という場合は、

こうした広範囲な葛藤や混乱を単に示すのではなく、あくまでも性別同一性を構成している三つの要素——中核性別同一性、性別役割、性対象選択——、とりわけ中核性別同一性に大きな障害を持つ場合に限られる。つまり、自分自身の解剖学的な性（Sex）と、心理・社会的な性別（Gender）との間の不調和や不一致にある。そして、自分にとって「反対のジェンダーに対する強固で持続的な同一化」や「自分のジェンダーに対する慢性的な違和感、またはその性別役割についての拒絶感」（DSM-Ⅳ）をもつ場合である。そして、ここにはトランスセクシャリスムを中心にして、異性装症（トランスベスティスム）、同性愛（ホモセクシャリティー）や半陰陽（インターセックス）のごくごく一部も含まれることになる。

▼ケース　空虚感に悩む同性愛

A氏・二十八歳：トランスセクシャリスム・同性愛型

彼が初めて筆者のもとを訪れてきたときのことである。派手な女性もののブラウスにパンタロンといういでたちで、うっすらと化粧をほどこし、以前は染めていたのだろう、髪は一部変色した様子だった。ツメにはマニキュアをしており、香水の香りがあたりに立ちこめてきた。

数年間のアメリカ滞在を途中で切りあげ、帰国してまだ間もないという。滞米中のここ二年間くらい、抑うつ感や空虚感に悩まされていたが、帰国してからそれがますますひどくなった。とくにここ数カ月は不眠症ぎみで、美容師の仕事にも集中することができず、とても困っているという。面接中の物腰はおだやかで、言葉遣いは女性的な抑揚があった。

正直なところ、彼のいでたちに筆者も少々困惑した。それを察したのであろうか、ややいぶかしげにではあるが、「私がこんな格好をしているので、先生は驚いていらっしゃるんじゃないかしら。女ものを身につけるのは生まれつき。女性的なのは仕事柄、女性の気持ちにとけ込むためなんですよ」と弁明した。そして、「アメリカでは同性愛は市民権を得ています。少しも異常なことではないんです」と続け、アメリカでの自身の同性愛体験などを、隠すことなく率直に語った。しかし、面接の最後に、「先生にはまだ言えませんが、私には〝大きな秘密〟があるんです」と話したことが、ひどく筆者の印象に残った。この〝秘密〟が後に重要な意味を持つようになるのであった。

彼の一見華やかな態度とはうらはらに、その後の面接で語られた話題や、新たに明らかになった事実は、実は惨憺たるものであった。

「高校までは、比較的順調にいってたんです。でも大学受験につまずいてから、〝すべてが狂ってしまった〟ようです」、「大学進学に失敗したことが、大きな打撃になっ

た」と、繰り返し語っていた。その頃から、同性愛行為にのめり込むようになり、女装や女性的な言動が顕になっていったという。もちろんそれ以前から女性的なところもあったが、それほど目立つものではなかった。

やがて、日本に滞在していたアメリカ人と出会い、深い同性愛関係を持つようになった。だが、彼が帰国してしまい、どうしても別れがたく、後を追うようにして渡米したのである。

アメリカでの生活は、彼が日本で夢見ていたような甘やかなものではなかった。恋人との同性愛関係はしばらくして破綻してしまい、捨てられたという心の痛手を癒そうとするかのごとく、多数の同性愛者と同時に関係を重ねていくようになった。生活もまったくすさんでしまい、生活費を捻出するために、女装をしてはゲイ・バーで働いたりとアメリカでの苦労が次々と語られた。とくに、「三年前に知り合った同性愛者とのゴタゴタで、気が狂うほどに心を乱し、身も心も疲れ果ててしまった」という。抑うつ感や空虚感が深刻になったのはこの頃からだった。

初めての面接から約一年が過ぎた頃、彼は〝重大な秘密〟を打ち明けた。筆者もうすうす予感はしていたが、やはり聞かされたときにはショックを受けた。それは、彼がアメリカですでに性転換手術を受けていたことだった。ただその手術も完全なものではなくて、いずれ再び渡米して、より完成されたものにしなくてはならないということだった。さらに、筆者には内緒で、ある内科医から女性ホルモンの投与を受けていることも告白した。そして、「自分は、本当は女だったのに、男に生まれてしまったのが不幸の始まり」、「もし自分が女になりきれていたら男性との関係ももっとうまくいっていたはずなのに」と泣き崩れ、「今は男としてこのまま生きていくのも嫌だけど、女になりきる自信もない」、「アメリカに行って、手術をするべきか、このまま日本にいるべきか、いったい自分はどうすればいいんでしょう」と激しく訴えるのだった。「とても苦しくて生きていけない。だから性転換手術を受けたの」と手術の理由も告白している。

生い立ちにみる女性化

A氏の場合、自分は肉体上は男性であることをはっきり意識している一方で、本当は女性ではなかったかと思い込んでいる。そこからも、彼の中心的な問題が、性別同一性の障害にあることがわかる。「自分が、男なのか女なのか、確信が持てない」と彼自身語っているように、とくに中核性別同一性に大きな混乱があることをうかがわせる。彼は、「男である」という本来的なジェンダーの感覚や、原初的な自己性別定義が安定せずに、絶えず揺らいでいたのである。こうした本来的なジェンダーの感覚や原初的な自己性別定義の障害は、とりわけ発達の早期に起源を持つものである。

彼の発達歴に耳を傾けてみると、かなり早い時期に女性化が始まり、徐々に進行し

ていったようだ。幼い頃から、すでに女性的な言動や振る舞いがあったという。遊びも男の子らしい活動的なものではなく、女の子がするような遊びを好んだ。友達も女の子ばかりで、男の子の集まりには入ることができずじまいだった。

小学校の頃に、近所に住んでいた母の知り合いの女性ピアニストに可愛がられ、家によく遊びにいっていたという。このピアニストは彼に強い影響を与えたようだ。それまでは漠然としていた〝女性の純粋な美しさ〟を彼女のなかに感じ、いつしか幻想と憧憬の対象となっていった。このピアニストが彼の女性像のモデルになり彼女との出会いが女性化を促進させたようである。

高校生活を送るようになると、夢想癖が始まり、かなりの時間を夢想の耽溺に費やすようになった。このことも原因となってか、結局、彼は大学受験に失敗してしまうのだが、受験一本槍で生きてきた彼にとって、この失敗は大きな挫折として心の痛手となった。この頃から、憧憬や夢想だけだった女性化が、同性愛交渉や女装行為という実際的な姿をとって現われ、やがて行動化が始まっている。

その後、美容師学校に通うことになるのだが、彼の場合、〝自立〟のための技術を身につけるというよりも、日常的に女性的なものに触れていたい、女性的な雰囲気のなかに浸っていたいというものだった。

アメリカでの生活の失敗や同性愛関係の破綻の連続は、彼を絶体絶命の精神的な窮地に追い込んだ。その悲惨な結末が、女性化—性転換願望の現われと行動化だった。「こんなにも苦しい思いをしなくてはならないのは、自分が男に生まれてきたため。女であったら、これほど辛い思いをしない」、「いっそのこと、女に生まれ変わって、人生を一からやりなおしたい」という考えが、突然閃いたという。そして洪水のようにこみあげてきたこうした感情に身をまかせ、彼はなんのためらいもなく性転換手術に踏み切ったのだった。

手術の直後は、一時高揚した気分になり、これからの人生すべてが順調に進むかのように思われた。だが、やがて激しい抑うつ感に襲われてしまう。「このままアメリカで自殺してしまおうか」とまで、深刻に思いつめたという。そこで、むしょうに〝母国〟日本が恋しくなり、逃げるようにしてアメリカを離れたのである。

秘められた心の世界

こうした彼の発達歴をみてみると、いくつかの重要なことが注目される。それは、大学進学・渡米・家族からの独立、という青年期の男性性確立にとって重要な局面において、繰り返し失敗し続けているということである。あるいは、男性性確立のための好ましい条件に恵まれなかったともいえるだろう。そして、その失敗や挫折のたびごとに、女性化が少しずつ進行し、やがてその積み重なりが慢性的なものとなり、人格や日常の全生活にまで及ぶようになってしまった。そのために、ついに女装行為や

女性化―性転換願望が発現したのだ。

先にも述べたが、彼の女性化―性転換願望は、甘く夢見ていたアメリカでの生活の失敗や同性愛関係の破綻といった、精神的緊張が最も高まった時期に生じている。この女性化―性転換願望の実行が一連の精神的緊張の累積によって起こったことは容易にうかがえるのだが、もしこうした緊張の累積がなかったとすれば、彼はただの〝極端に女性化した同性愛者〟にとどまっていたかもしれない。この点は、彼の〝男性性確立と解体〟を理解するうえで、きわめて有意義と思われる。

彼の内面を分析してみると、彼にとっての同性愛交渉も、ある意味では自己の男性性を確保するための最後のそして唯一の防衛手段になっていたはずである。そのために、同性愛関係の破綻は、この防衛に亀裂を生じさせ、その背後に潜んでいた激しい分離不安と共生的な融合―合体幻想を表面化させることになった。そして躊躇なく、彼を性転換手術へと向かわせてしまったのである。手術後の高揚した気分も、じつは分離不安の否認と共生的な融合状態が回復されたかのような錯覚にすぎず、それが過ぎ去った後には、よりいっそう深刻な心理的混乱状態、つまり発達早期の外傷に由来する抑うつ感や空虚感が、彼をさいなむようになったのだ。ただし、このような抑うつ感や空虚感のなかには、男性性の確立に繰り返し挫折し、ファルス（男根）の機能を喪失してしまったことも見逃せないだろう。

男性性の脆弱さ

ここでは男性のケースのみを提示するにとどめた。もちろん性別同一性障害は、男性ばかりの問題ではない。ただ、これまでの筆者の限られた臨床経験からすると、男性における男性性は、女性における女性性とは同じ平面上で議論することが不可能な、特殊な問題や困難さが存在しているような気がする。つまり、男性が男性性を、女性が女性性を確立していくプロセスや、男性性・女性性の組織化や構造はかなり異なっているようだ。

多くの性科学者や精神病理学者が、女性に比べて、性的異常や性的倒錯が質量ともに男性に豊富であると指摘している。実際、筆者のもとを訪れてきた人々は、圧倒的に男性であり、女性はごく稀であった。それに、トランスセクシャリスムや異性装症のケースは男性にしかみることができなかった。また、のぞきや露出症のような性的逸脱行為、さらには性犯罪などは男性に多い。アメリカでの調査でも同性愛の比率は男性のほうが多いといわれている。加えて、男性との面接場面では、必ずといっていいほど、自分自身の男性性に絶えず関心を抱き話題になる。こうした男性性への自信のなさや不安定さが、往々にして深刻な葛藤や混乱を引き起こすことも多いのだ。

ブックガイド

「セックスの臨床心理学」『臨床心理学大事典』
及川卓　氏原寛ほか編　培風館

コラム⑤▼多文化間精神医学【2】

「病」の根源は文化の固有性にある

山崎智嘉

多文化間精神医学は、地域によっての違いや治療を受ける個人個人の経験による違いにも適用される。東京武蔵野病院の野田文隆社会療法部長に、その方法についてうかがった。

「日本国内でも、関東と関西で文化的に傾斜があるように、精神のありようにも地域的な違いがあります。人間を癒すヒーリング作業では、そこに根づいた文化、ローカルなものを語っていくことも必要になります。たとえば、『痛い』ということば一つでも、個人によって違っている。疼痛は、医者にはわかりませんが、その人の長い話を聞くことで、『痛み』の原因を探り、取り除くこともできるのです。これで、たとえば恐山のイタコによって、『痛み』が解消することもあるわけです」

病気には、「病(やまい)=illness」と「疾病=disease」とがあり、「病」は、「疾病」とは異なって、手術や痛み止めでは治らない心の底にある部分だと野田氏は言う。その人が、どんな土着文化の中で生きてきて、どんなファミリーの文化を持っていて、どんなメンタリティで生活してきたのか、その中のどこにその人の「病」の根源があるのかを探ることができる。それも多文化間精神医学の範疇だという。

いってみれば、「疾患」は医者などが「医学モデル」に従って「外側」から構成するもので、「病」は、当事者によって「内側」から経験されたものとも説明される。

ここから、治療を受ける個々の人々に「説明モデル（explanatory model)」ができることになる。さらに、この「説明モデル」相互の分析や定式化を行なおうという試みもある。

アメリカのDSMのような診断基準、マニュアルだけでは分類しきれない部分を本人の語りによって補足するわけだ。

「『疾病』は、科学が作りあげた本質を持っているのですが、『病』は、患者の語りの中にあります。臨床する人が、医者対患者という位置関係をとらず、その語りに耳を傾けて、対応方法を作りあげていかねばならないわけです。『医学モデル』だと『痛い』という原因がわからないとギブアップするしかない。けれども、『病』の場合、それについての長い語りを聞きとっていくことで、その人のコミュニティの文化や土着的なものを浮き出させることができるわけです」

82頁の「コラム・多文化間精神医学［1］」での多文化間精神医学の性格は、他文化の中にいる人をどう援助し、どうケア、治療するかというアクションリサーチ的なアクティブなものだが、ここでの個人の物語を聞くといったローカルな手法も、そこに援用できるものになるという。

illustration／工藤六助

フェティシズム(Fetishism)

命なきものへの興奮

一般的には異性の代償として考えられるモノ、通常は異性しか使用しないモノ、あるいは身体の一部などがフェティッシュとなる。

石井利文

性欲は、食欲などとともに生命や種族の維持に必要不可欠な欲求で、身体と密接な関連を持つ最も基本的な欲動の一つである。そのような性欲の働きが平均よりも著しく逸脱している場合を、性欲異常または性欲倒錯などという。

一般に、性欲倒錯は**量的な倒錯**（性欲亢進と性欲減退）と**質的な倒錯**に大別される。後者はさらに**性対象**に対する倒錯（同性愛、フェティシズム、小児愛、死体嗜愛など）と**性目標**に関する倒錯（露出症、窃視症、フェティシズム、サディズム、マゾヒズムなど）に分類される。

ここでは、性対象に対する倒錯であり、性目標に関する倒錯にも属するフェティシズムについて、性犯罪者の治療も含めて紹介したい。

フェティシズムとは何か？

フェティシズムとは性対象の身体の一部（頭髪、手、脚など）、あるいは物品（下着などの衣類、靴、ハンカチ、やかんなど）それ自体に対して性欲を感じ、それ自体を対象として性的満足を得る倒錯である。節片淫乱症、物・性愛、拝物愛、節片嗜愛、呪物崇拝、崇物症、異物崇拝症などの訳語がある。

その対象となるものをフェティッシュといい、物神、呪物、節片などと訳される。あらゆるものがフェティッシュとなりうるが、一般的には異性の代償として考えられるもの、通常は異性しか使用しないもの、

たとえば下着やセーラー服、ブルマーなどの衣服が多く、また靴やハンドバッグ、化粧品などもフェティッシュとなる。

身体の一部としては、異性の脚、手、爪、髪などが対象となる。また、大小便もフェティシズムの対象となり、大小便を飲食する喰糞、尿飲として現われることがある。

なお通常、フェティシズムは異性愛者に見られるが、同性愛者にも見られることがあり、この場合、同性の代償として考えられるものがフェティッシュとなることが多い。

さて、適度なフェティシズム的傾向は恋愛や正常な性行為に必要なものであるが、このような傾向と性欲倒錯に属しているフェティシズムとの違いは、前者は究極的には（全体としての）異性を対象とし、異性との性交を目標とするのに対し、後者は身体の一部や物品それ自体に固着して性欲を感じ、性的満足を得るという点にある。それゆえ、フェティシズムではフェティッシュさえあれば（全体としての）異性は無用であり、性交を行なう必要もない。むしろ異性との性交では性的満足を得られないか、得られても快感の度合いがきわめて低いのである。つまり、フェティシズムは性対象に対する倒錯であるとともに性目標に関する倒錯でもある。

フェティシズムと犯罪

当然のことだが、フェティシズムという性欲倒錯それ自体は犯罪ではない。しかし、フェティシズムに基づいて窃盗や強盗、殺人などの犯罪が行なわれることがあり、最も多いのは、いわゆる下着泥棒である。

警察庁発行の犯罪統計書によると、平成九年一年間の「性欲を動機とした窃盗」のなかで、十四歳以上の検挙人員は八百七十名（男性八百五十四名、女性十六名）であり、このうち「フェティシズムに基づく非侵入窃盗（下着、靴、制服等）」の検挙人員は六百六十六名／七六・六％（男性六百六十一名／九九・二％、女性五名／〇・八％）である。わずかではあるが、女性にもフェティシズムに基づいた窃盗が認められる。

なお、十三歳以下の少年でフェティシズムによる非侵入窃盗で補導された者は五十名で、すべて男子である。この十三歳以下の補導人員を含めると男女で七百十六名となり、一日当たり約二名がフェティシズムによる非侵入窃盗で検挙・補導されていることになる。

ただ、下着を窃取されても警察に届け出る被害者が少ないこともあり、これは暗数のきわめて高い犯罪である。

▼ケース　下着に向けられた強い興味

まず、圧倒的に多い下着フェティシズムのケースをあげよう。ケース1は下着フェティシズムによって、女性用下着を反復窃取した例である。

ケース1　S・I　本件犯行時三十歳の男性

本件犯行は昭和六十一年十一月、茨城県内のコインランドリーで、洗濯機の中から女性用下着七枚を窃取し、窃盗により起訴され、懲役一年二月・執行猶予五年・保護観察付（特別遵守事項については後述）の判決を言い渡された。

中学二年生頃、女子更衣室に入り、下着の匂いを嗅いで刺激されたことがある。二十一歳頃より個人宅の軒下やコインランドリーなどから下着の窃取を繰り返し、盗んだ下着を用いて手淫していた。とくにパンティやブラジャーに魅力を感じ、その匂いを嗅いだり、身につけたりする。ここで、彼には下着フェティシズムが認められる。

前科三犯で、昭和五十六年に七回、昭和六十年十一月に二回、さらにその年十二月に三回の下着窃盗で有罪判決を受けている。

二十四歳頃結婚し、一男一女をもうけたが、S・Iの犯歴のために三十歳で離婚した。

知能は正常で、軽度の意志薄弱性が認められ、フェティシズムを有している。

次に晴着フェティシズムのケースをあげる。晴着フェティシズムにより、和服の窃盗を繰り返し、常習累犯窃盗として起訴され、また過去十七年間にわたって和服のみを対象としたポルショニズム（精液による婦女汚し）を反復していたケースである。

ケース2　K・W　本件犯行時四十七歳の男性

本件犯行は昭和五十二年十二月、栃木県内のI方居室で、訪問着一枚ほか二点を窃取し、常習累犯窃盗として起訴され、懲役一年六月を言い渡された。

乳幼児期に異母姉Cや母、祖母に背負われて生育したが、いつも異母姉Cらの和服の袖を噛む癖があり、普段着よりも晴着を着た異母姉Cに背負われたときがいちばん嬉しかったという。

フェティシズムが表面化したのは小学四年時で、体操の授業中、彼は見学のために教室に残っていたが、担任の女教師が羽織様の物を脱いで机上に置いていた。それが無性に欲しくなり、それを盗んでトイレに入り、それを自らの陰茎にあてがったところ、精液のようなものが出て快感があったという。

それ以来、彼はフェティシズムの虜となり、異母姉Cらの和服を手にして手淫し始めたが、方法として必ず「和服の袖の中」に陰茎を挿入して射精する。この頃から近隣からの和服窃盗を繰り返している。

十八〜三十六歳頃の約十七年間に、映画館、バスや電車の中、雑踏の中などで精液による婦女汚しを行なっていた。和服、とくに振り袖を着ている女性に接近し、「袖の中に陰茎を挿入」し、「まったく瞬間的に射精」する。このような行為を何百回となく繰り返していた。

このようなポルショニズムの反復と並行して九歳頃から和服窃盗を繰り返し、本件を含めて十五回検挙され、十二回の有罪判決を受けているが、ほとんどすべてフェテ

ィシズムに基づく和服窃盗である。下着類はいっさい盗まず、男物の和服にも興味はない。

窃取した和服は手淫に使用する。妻との性交よりも和服を使用した手淫のほうが何倍もの快感が得られるという。

本人は周囲の勧めで結婚したが、妻との性交では射精までに約一時間を要し、女性との性交にはあまり興味がない。

ＩＱ六四の精神遅滞者で、温和、従順、意志薄弱な性格で、フェティシズムを伴っており、限定責任能力と鑑定された。

彼の和服（とくに振り袖）に対するフェティシズムは、乳幼児期の主たる養育者である異母姉Ｃの代償として出現したものであり、反復したポルショニズムの要因でもある。

森武夫（一九七四年）は、少年による性倒錯的非行のなかのフェティシズムが表面化する社会的、心理的要因として、父を欠いているか、父に対して敵意があるか、または父との間に阻害が認められること、母はうるさく、教育熱心ではあるが、温かさが認められないこと、しばしば家庭内のほかの女性に愛着を持っていること、家庭は非専門的職業や共稼ぎ、貧困な場合が少なくないこと、知的にも劣り、対人関係を避ける傾向にあること、気は小さく、女性的関心を持つこと、フェティシスティックな傾向（女性の下着のみではなく、女性の靴、髪、バンドなど女性の下着以外のものを収集する傾向）があることをあげているが、Ｋ・Ｗもこのような傾向によく合致しており、フェティシズムによる窃盗が表面化する社会的、心理的要因を大いに持っているといえよう。

第三例として、身体の一部に対するフェティシズム傾向があるケースをあげよう。

ケース3　Ｍ・Ｎ　本件犯行時四十二歳の女性

本件犯行は昭和五十七年六月、愛知県内のＴ（三十一歳）方居室において、同棲中のＴが別れ話を持ち出し、冷淡な態度を示したため、就寝中のＴをネクタイで絞殺後、Ｔの陰茎を果物ナイフで切断し、殺人、死体損壊で起訴され、懲役七年を言い渡された。

二十歳頃から前夫Ｍと同棲し、その後婚姻届を出したが、Ｍが遊び人で浮気するなどし、四十歳で離婚した。性欲や性的快感は最初は普通であったが、Ｍに対する嫌悪感などのために性交への嫌悪感も生じた。

四十一歳時にＴと知り合い、まもなく同棲するようになった。Ｔに会うまでは男性の性器に触れるようなことはなかったが、Ｔは性的な技巧にたけており、陰茎を汚いとまったく感じず、むしろ手で触れるとその感触がなんとも言えないほど良く、暇さえあればＴの陰茎を握っていたという。

Ｔとの同棲後、彼女はホステスとして勤務し、生活費のほとんどを負担していた。まもなくＴが冷淡となり、暴力を振るい、浮気を始めたが、彼女は耐えていた。しかし、犯行二日前にＴから別れ話を切りだされ、犯行前日に復讐を決意した。

本件犯行後、凶器のネクタイとナイフを紙袋に入れ、それを持って喫茶店に入ったが、切断した陰茎が紙袋に入っていないことに気づき、再び現場に戻った。陰茎を両手で隠すようにして喫茶店に持ち帰り、紙袋に入れた。その後帰宅し、陰茎を冷蔵庫の冷凍室に入れるなどして保存し、犯行二日後に逮捕された。

彼女には陰茎に対するフェティシズム傾向があり、これは愛人Tの代償として出現したものである。

本件犯行の動機はTによる暴力と浮気への怨恨、嫉妬による報復であり、陰茎切断に関しては陰茎に対するフェティシズム傾向も加味されている。

本ケースと類似のものに昭和十一年に発生した阿部定事件がある。阿部定は当時三十歳の女性で、独占欲と嫉妬により無理心中を企て、四十一歳の愛人を絞殺し、陰茎と陰のうを切断後、被害者の褌（ふんどし）などを身につけ、切断した陰茎および陰のうを携帯して逃走した。犯行二日後に逮捕されるまでの間、これを愛玩しており、陰茎や陰のうの切断にはサディズム傾向とフェティシズム傾向が関与している。

ただし、女性による陰茎切断行為においてフェティシズム傾向が関与している場合は稀であり、一般には嫉妬や復讐のみが動機となっていることがほとんどである。

現代とフェティシズム

最近、〝フェチ〟という言葉が世間でも使用されており、テレビのトーク番組でも、「某男性歌手は人体模型フェチ」とか、「筋肉フェチといえば某女優」など、あるいは電車に乗れば高校生の「お前は~フェチだ」などという会話を耳にする。これらの会話に登場する「~フェチ」とはフェティシズムの略であろうが、たいていは、性欲倒錯としてのフェティシズムとは異なり、単なる「~趣味」「~好き」「好みの異性のタイプ」などの意味として用いられているものである。

また、ブルセラショップなる小売店が登場して久しいが、これはブルマーをはじめセーラー服などの制服や下着などを売買しており、フェティシズムを満足させる小売店である。ブルセラショップを利用している限りは、フェティシズムによる窃盗で逮捕されることはないだろう。

ところで、フェティッシュやフェティシズムによる窃盗の犯行場所は、時代とともに変遷する。

フェティッシュについていえば、下着でも腰巻きなどに対するフェティシズムは減少していると思われるし、現在では、女性が和服を着る機会が著しく少なくなっており、ケース2のような晴着フェティシズムはきわめて稀であろう。一方、今後はルーズソックスや茶髪、女性向けのPHSや携帯電話とそのケース、ポケベルなどに対するフェティシズムが増加する可能性がある。

他方、コインランドリーの営業開始とともにそこからの下着窃盗が認められるようになった。ケース1の犯行は被害者がコイ

ンランドリーから離れた隙に犯されたもので、コインランドリーの普及に伴ってこのような下着窃盗も増加するものと思われ、同所を利用する際にはなんらかの注意をする必要があろう。

フェティシズムの治療について

「ブルマーを窃取するために飛行機を利用していた某教師」がマスコミを賑わせたことは記憶に新しい。彼にとっては飛行機の運賃などはなんら問題ではなく、ブルマーに対するフェティシズムという強烈な抑制しがたい欲動が犯行へと駆りたてたのであり、彼もフェティシズムの虜となったひとりである。フェティシズムは麻薬中毒のようなもので、配偶者や恋人の有無にはほとんど関係がなく、ケース1、2とも妻帯者ではあるが、フェティシズムの虜から脱却していない。フェティシズムを有するために自ら悩み、病院を訪れるということもきわめて稀である。

しかし、犯罪者の場合、判決の際に治療が特別遵守事項として付加されることがある。フェティシズムに基づく犯罪者に限らず性犯罪者一般に有効であるが、薬物による治療があるので紹介したい。

サイプロテロンアセテート（市販名アンドロクール）という薬物で、これを連用すると一～二週間で性欲、性交能力が著しく低下ないし消失し、薬物を断つと、比較的早急にこれらの能力が元に戻るものである。ヨーロッパでは性犯罪者に広く使用され、わが国でも中田修東京医科歯科大学名誉教授や影山任佐東京工業大学教授らによる使用経験があり、ケース1の判決では、「アンドロクールを服用すること、前妻と同居すること」が特別遵守事項として付加されている。このような薬物療法と精神療法の併用によって、性犯罪者の治癒が期待される。

*

昨今、女性が夫や恋人などから受ける精神的、身体的、性的暴力（ドメスティック・バイオレンス＝DV）が問題視され、その実態が明らかになりつつある。ケース3の女性はまさにDVの被害者であり、それに耐えに耐え、窮鼠猫を噛む行為として愛人を殺害したものである。

それゆえ、男性諸氏は妻や恋人に対する態度を再考する必要があろう。それは女性のためでもあるし、男性自身のためでもある。陰茎を切断されて愛玩されるほど女性から愛されているにしても、主たる殺害動機は嫉妬や怨恨による復讐にあるのだから。

ブックガイド

『犯罪と精神医学　第二版』
中田修　創元医学新書

『あぶ・らぶ』
高橋鐵　河出文庫

『アブノーマル――異常性愛の心理と行動の分析』
高橋鐵　河出文庫

小児性愛(Pedophilia)

子どもへのエロティックな衝動

性的行為によって快感や満足を得ているようでいながら、他方では抑うつ感や空虚感、罪悪感に苛まれている。

及川 卓

小児性愛とは、小児へのエロティックな刺激や快楽を追求する**パラフィリア**(性嗜好障害)の一分類である。そもそもパラフィリアは、その特異な対象・物体、状況によらないと性的な興奮や満足が得られない人々である。そして、特有の性的空想と倒錯的シナリオに彩られている。

パラフィリアは、小児性愛のほかに、露出症、フェティシズム、窃触症、性的マゾヒズム、性的サディズム、服装倒錯的フェティシズム、窃視症などが主要なものである。そしてこれら以外にも、死体愛や獣姦、糞便愛、電話わいせつなどが、特定不能の性嗜好障害としてあげられる。

本当は悩み苦しんでいる

日本ではこれまで、パラフィリアに関しては性犯罪との関連性で、犯罪精神医学者や犯罪学者からの見解の表明が多かったように思われる。したがって、ジャーナリズムが報道する殺人や強姦などの凶悪事件のイメージが、パラフィリアに重ね合わされやすかった。そして、そのイメージがすっかり一般的に定着してしまっている。だが本当にそうなのだろうか? たしかに、深刻な事態になってしまったケースも皆無とは言えないだろうが、ただそれはごく一部の場合であって、きわめて極端なケースなのである。筆者にとって、日々の臨床現場で出会うような多くの、それこそ平均的な社会生活を送っている、より軽症で安定したパラフィリアは、報道されるような凶悪

人とはかなり違った印象を受けるのである。

こうした凶悪事件のイメージは、何も一般だけの先入観だけではない。残念ながら、それは専門家においても同じであることが多いのだ。たとえば、「こうしたパラフィリアの性的空想や問題行動は、その当人にとって大きな性的満足を得るための手段なのだから、そうした行動や空想に対して本人は悩みを抱くことなどまったくありえない」とか、「自分の行為や自分の置かれた状態への反省が欠けているため、治療への意欲はないだろう」といった臨床的な先入観である。こうした先入観にはぜひ慎重であるべきだ。筆者の経験からすると、パラフィリアの場合、そうした行為によって快感や満足を得ているようでいながらも、他方では抑うつ感や空虚感、罪悪感にさいなまれている。しかも、対人関係における情緒的で相互的な心の交流の乏しさに、悩み苦しんでいるのだ。

▼ケース　性器を触らせる

B氏は、小学校四〜六年生くらいの女の子に性的な欲望をおぼえ、性器に触ったり、自分の性器を触らせていた。この行為によって性的には大きな興奮を引き起こしはしたものの、女の子の前で実際に射精にまではいたらなかったという。直接性行為を求めたり、性的興奮のために小児をいたぶったりすることはなかった。

彼はひとりっ子であった。ひとり暮らしをしており、定職には就かず、いくつかのアルバイトと仕送りで生活していた。

父親と母親は、郷里にて健在である。この父親はもともと不安感が強く、男性としての自信が欠けていたようだった。多くのことを妻に依存してきたが、何かあると妻に対して暴力を振るっていた。妻も夫に対しては、日本の夫婦関係でよく見られるように、夫というよりも息子に対する母親のような気持ちで接していた。

B氏は、この両親への親密な感情が非常に乏しかった。父親は彼に対してきわめて優しかったものの、母親は夫への世話に熱中していて、彼にはそれほど関心を向けていなかったようである。ただし、しつけや教育に関しては、もっぱら母親が主導権を握っており、きわめて硬直した考え方を一方的に押しつけていた。

幼い頃から両親ともに働いていたため、近所の親戚に預けられることが多かったようだ。家では「いつもひとりぼっちで、鍵っ子だった」という。成績は、小学校では良好だったが、中学に入ると次第に低下していき、高校受験には失敗している。やむなく印刷会社に就職するものの、仕事への関心はまったく持てず、夏休みをもらうと退職してしまった。翌年には高校に入学を果たし、卒業後は、ファッション関係の専門学校に入学している。専門学校を卒業してからは、ファッションデザイナーを目指してアルバイト暮らしをしている。定職に

就かないことに関しては、「多くのデザイナーの卵は、そうしているもの」と考えており、とくにうしろめたさや不安を感じている様子はなかった。

自己愛的な性格

彼には夢想的な傾向が強く、常に夢見がちで、現実感覚はきわめて乏しい。将来はデザイナーとしてひとり立ちすることを空想している。こうした空想と関係することがらに関しては情熱的で、積極的に行動する。年齢の割には、社会についての認識は甘く、幼児的ですらある。また、人なつっこくて他人に対して依存的な側面と、周囲と距離をおいて孤独を好む傾向とが共存してもいる。友人も多いが、彼らに対しても依存的であり、時として攻撃的に振る舞うこともあるようだ。彼には、プライドの高さと、その裏返しとも思える自己卑下や上に媚びる態度が顕著である。

あえて彼の性格を指摘するならば、**自己愛性人格障害**と言えよう。あるいは、自己愛性人格障害と**境界性人格障害**との混合型とみなせるのではないだろうか。精神力動的には、倒錯構造が顕著に存在している。

女の子を探して徘徊

面接の早期から、彼は小さい頃から性的に早熟だったことがわかった。そうした性的な関心から積極的に振る舞い、近所の女の子との性的な遊びを繰り返していたという。周囲からは、そのことに気づかないか子どものするいたずら程度にみなされていて、重大視はされなかったようである。マスターベーションも早くから覚えており、小学校の高学年になるとすっかり習慣化している。中学生になると、ポルノ雑誌への興味が高まり、しばしば立ち読みを繰り返していた。

小児性愛の傾向は、中学生の頃にははっきりと意識していたという。高校生になると、街を歩きながら好みの女の子に目をつけては、密かにその後を追っていたという。だいたいにおいて、目をつけた女の子との性接触には成功していたようだ。ただ一度、女の子の家にまで侵入を図ったことがあったが、女の子が騒いだためにそのままあわてて逃げだしたという。この出来事があってからは、女の子との接触には慎重になった。

専門学校に入学してからは、以前にも増して小児性愛的な行動が活発になっていった。小学生や中学校低学年くらいの女の子が集まる場所に出入りしては、ナンパを繰り返していた。誘惑の仕方もスムーズにいくようになり、ナンパの腕を上げていく。やがて女の子をナンパする習癖はしだいにエスカレートし、町中を徘徊しては、これはという女の子の家の周囲をうろついたり、時には家の人に見とがめられて注意を受けたりしたが、これまで警察ざたになったことはなかった。

彼の場合、大人の女性や成長した女性に対しては性的な願望が向かわず、性的な経

験も乏しい。友人たちとのつきあいで風俗店へ行き、何度か試みただけだという。それも何もしないわけにはいかず、義務的に行なっただけで感動のないものだった。

神経質な話し方

小児性愛に関する臨床研究では、多くが幼児期の実際の性的外傷を指摘している。つまり、成人する以前に彼ら自身が大人から性的な行為を強要された体験があったり、あるいは性的虐待や性的暴力の被害者であった場合が多いという。ただし、B氏のケースでは、そのような実際の性的外傷を見出すことができなかった。ただし、以下に述べるように、空想レベルでは性的に彩られた外傷体験がじつに豊富であった。

B氏はあるときに、以前の小児性愛の行動が近所でいまだに広く噂になっていることを知って、心配になったという。そこで高校の恩師に思い切って相談してみたところ、「なんとしても治さなければいけない。このままではとんでもないことになる」と、精神科への受診を説得され、そして、筆者への紹介になった。

彼は外見はがっちりしていて男性的であったが、話し方や雰囲気には神経質なところが見られ、全体にきゃしゃでひ弱な印象を受けた。文学や美学の話題は驚くほど豊富で、また精神分析への関心も旺盛で、自分の悩みを積極的に話題にした。先にも述べたが、一般的な意味で彼のような人たちは、「現状にすっかり満足していて、治療を受ける気がまったくないのでは？」、あるいは「自身のしていることについて、自覚や認識が薄いのでは？」といった先入観がある。しかし、B氏の場合、そしてそれ以外のパラフィリアのケースにおいても、それとは逆であり、「自分のしていることはとんでもないこと」「小児性愛をどうにかしなくては」という強い気持ちを筆者に訴えてきた。

強迫的なマスターベーション

面接が進むにつれて、彼のなかに自分の性的な問題行動の背後にあるものへの気づきが、しだいに生じていった。それは、性的な問題行動やそれに伴うさまざまな性的空想と、慢性的な空虚感や抑うつ感、閉じこもりたいといった苦しみとが、「どこか心の奥深いところで結びついているのでは？」という解釈を、彼が受け入れたことによる。こうした自分の問題についてのトータルな認識を、少しずつではあるが獲得できるようになると、「いつかはこうした欲望をコントロールし、もしかしたら解消できるかもしれない」という希望へとつながっていく。彼自身、以前に比べると、町中を歩き回る〝小児性愛的徘徊〟とでも呼べる問題行動の一つがかなりコントロールできるようになっていった。

また、この頃から性的空想やイメージが積極的に面接場面で取り上げられるように

もなった。そこでは、性的な興奮や高揚感の追求が、実はその背後に存在している根深い空虚感や無気力感、見捨てられ感を覆い隠すために働いているということへの認識が深まったのである。特に重要な点は、マスターベーションであった。時に強迫的に繰り返され、しかも長時間に及ぶこの行為は彼の心身をひどく疲労させるものであったが、どうにもやめることができないという。この行為への没入は、ひとりぼっちのとき、あるいは不安感やイライラ感がつのったときにその回数や頻度が高まった。性的高揚感と不安の鎮静とが深く関係していることは明らかで、彼にとっては、とりわけ母子分離の外傷を防衛するために必須の〝自体愛的な充足〟の手段となっていたのである。

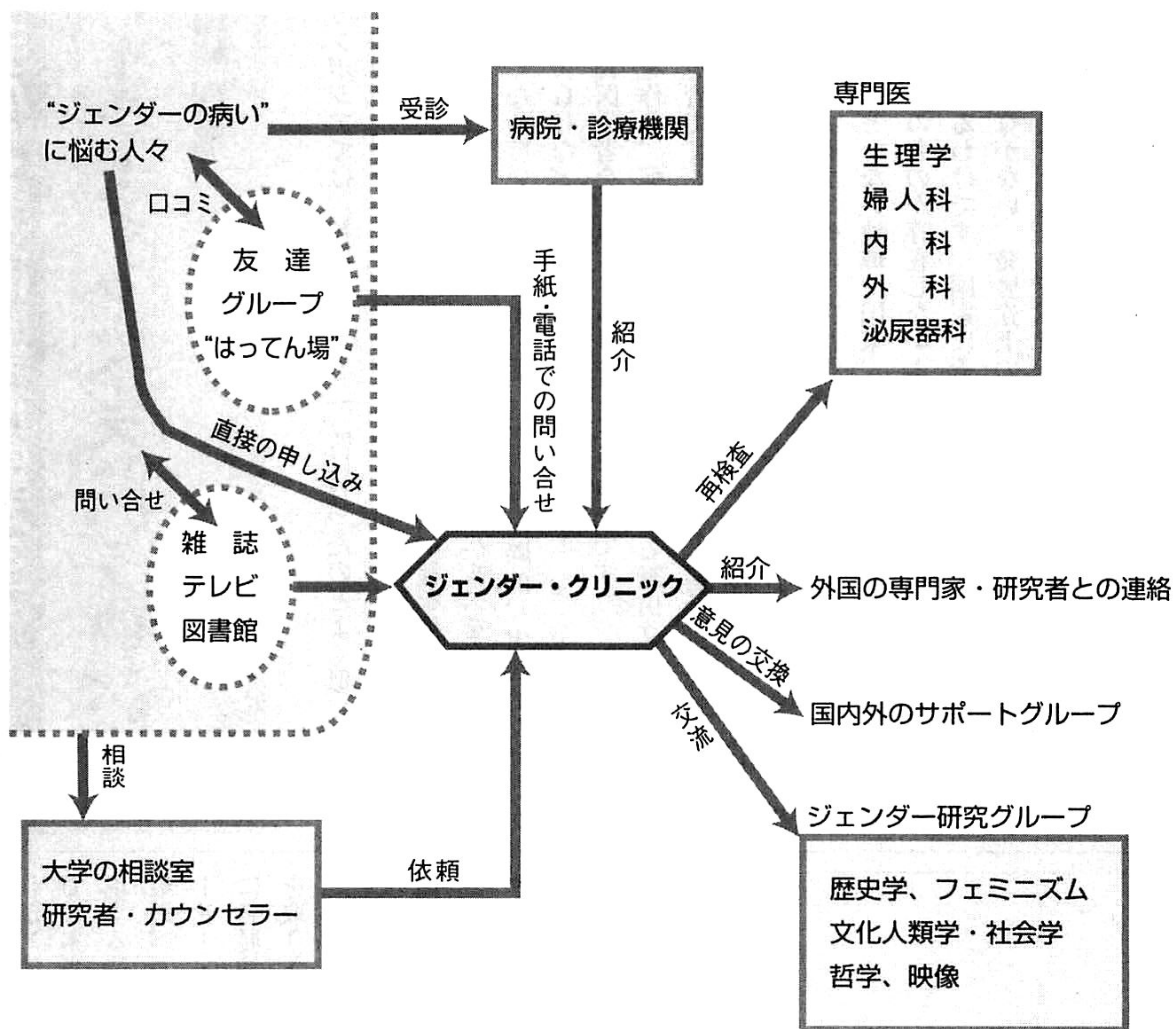
この強迫的ともいえるマスターベーションには、実はもう一つ別の重要な意味が含まれていた。この行為をすることで頻繁に性器に手を触れることになるが、それはあたかも性器の存在を繰り返し自己確認しているようであった。このことは、不安定な男性としての自己感覚や身体像を保証して取り戻そうとする試みのようにも思われた。こうした〝男としての安定感〟の欠落は、何よりも性別同一性の未成熟と深く関連するものである。そしてそれはまた、母親との分離―個体化のプロセスにも大きな障害が存在していたことを暗に示すものである。

圧倒する母親像

やがて面接が重ねられるにつれて、あることが明らかになってきた。彼の小児性愛の背後には、成人女性への不信感と恐怖、時として敵意が潜んでおり、それが成人した女性との関わりを著しく阻んでいたのである。この不信感と恐怖は、強大でパワフルな女性から圧倒されてしまうという空想と深く関係していた。そしてこの圧倒する女性と、幼くて弱々しい男の子というイメージが、彼が表現するさまざまな性的空想の中にしばしば登場しており、彼と成人女性との関係を物語るものなのだが、実はこのこと以上に彼の母親との関係を象徴していたのだ。つまり、彼にとって母親は一方で万能視され、時には理想化もされているが、他方では支配し圧倒する恐怖の対象でもあった。こうした母子関係の早期にさかのぼるような去勢恐怖が、彼の心の中に存在していたのだ。

彼の性的空想では、性的未熟さを表現するものが多く、あたかもお医者さんごっこのように性的な遊びと接触を繰り返したり、女の子と遊びながらきれいな服を着せて、喜ばせてから、その服を少しずつ脱がせながら性器をあらわにするというものだった。こうした空想には「与えつつ奪う」という、女の子を自由に操りたいという願望が表明されている。そしてそれは、自分自身が自由に操る立場に立つことで、操られる無力さを逆転し、強者の立場に身を置こうとする努力であった。この努力は無力さへの有効な防衛ともなり、倒錯構造においては特徴的であり、筆者はそれを〝強者への逆転〟

図　来談・受診の経路

“ジェンダーの病い”に悩む人々
受診
病院・診療機関
専門医
生理学
婦人科
内　科
外　科
泌尿器科
口コミ
友　達
グループ
“はってん場”
手紙・電話での問い合せ
紹介
直接の申し込み
問い合せ
雑　誌
テレビ
図書館
再検査
ジェンダー・クリニック
紹介
外国の専門家・研究者との連絡
意見の交換
国内外のサポートグループ
交流
ジェンダー研究グループ
歴史学、フェミニズム
文化人類学・社会学
哲学、映像
相談
大学の相談室
研究者・カウンセラー
依頼

ジェンダー・クリニックのシステムと機構（渡辺恒夫編『男性学の挑戦』新曜社より）

と呼んでいる。

現在では、性的な問題行動もそうであるが、慢性的な空虚感や抑うつ感も解消して、定職にも就き、社会的に自立することができた。ファッションデザイナーとなる夢は実現できなかったが、〝小児服で有名な〟洋服メーカーに勤務している。

＊

小児性愛では、小児が自己同一視され、また自己愛の対象となっているようだ。しかしなぜ、小児性愛へのエロティックな衝動が引き起こされるのか、そして時には破壊的な感情をも向けることになるのかについては、不明な部分が多く残る。

[参照]
▼自己愛性人格障害（24頁）、境界性人格障害（12頁）

ブックガイド

「〝ジェンダーの病い〟と精神分析臨床の実践」『男性学の挑戦』
及川卓　渡辺恒夫編　新曜社

コラム⑥▼多文化間精神医学【3】

ワールド・メンタルヘルスという新しい流れ

山崎智嘉

「カンボジアでは、精神科医がもともと少なかったうえに、ポルポト政権の時代に、全部殺されてしまうということがあって、ひとりもいなくなっていたわけです。そこに、NGOなどが出かけていって、精神医学者を養成するカリキュラムを作り、何人かずつでも精神科医を育てていく、といったことが行なわれています。この例のように、精神疾患そのものは、世界中どこにでもあるのに、精神科医がほとんどいない地域や国家、精神医学そのものが存在しないような所があるわけです。国家にそれだけの予算がない、発展途上の国や内戦などでそんな余裕がないという現実は至る所にあります。そういった所に、かつて、シュバイツァーが、医療も何もなかった所に行ったのとよく似ていると思いますが、世界のいろいろな所に精神医療の種を播いて、みんなのメンタルヘルスを向上させよう、という国際的、実践的な動きが『ワールド・メンタルヘルス』という概念です」

　こう語る野田文隆氏（東京武蔵野病院・社会療法部長）は続けて、

「日本でも精神医学者がWHOの『ワールド・メンタルヘルス』のプロジェクトに加わったりしています。そのほか、日本精神病院協会が中国の精神科医を日本に招聘して、研修する機会を作っていますね。こういった研修を受けた精神科医が中国に戻って治療を開始したりというケースもあるようです。これも、日本のアジアに対するワールド・メンタルヘルスに関する寄与の一つだと思います。これが、狭くなりつつある地球の中で、本当の精神医学の国際化を実現する端緒となるものでしょう。最近、ハーバード・グループのアーサー・クラインマンなども盛んに発展途上国での精神医療の問題を取りあげていますね」と語る。

　現在、WHOや研究者などの手で、ゆっくりとではあるが富める国から富まざる国への精神医療のデリバリーを行なうという、インターカントリーのプロジェクトがいくつか始められている、という段階のようだ。

　野田氏は、十年来カナダのバンクーバーで、「日本人外来」を運営するプロジェクトに参加している。日本人が「在外邦人」となったときに、日本語での適正な精神治療が受けられるようにするのも、ワールド・メンタルヘルスとしての一つの側面だという。

　現在、バンクーバーのほか、パリ、ロンドン、ニューヨーク、ロサンゼルスの計五都市で日本人外来が運営されている。

illustration／工藤六助

PART ► 4

認知のしかたがひずむとき

[行動の病理]

自閉症（Autisme）

無反応というコミュニケーションの困難さ

言語認知面の障害から自閉症になるとされてきた。
だが最近になって、
社会性の障害が再び注目されるようになってきている。

小林隆児

自閉症は乳幼児期早期に発症する精神障害のなかでも、子どもの精神発達の広範な領域に障害をもたらす重篤な精神障害である。今日では、精神病や情緒障害ではなく、中枢神経系の機能異常に基づく発達障害であるとみなされている。ここでいう発達障害とは、その原因が中枢神経系の機能異常に基づき、乳幼児期に発症し、その障害は長期にわたって残り、治癒することはなく、また精神病のような寛解や再燃といった病態の変動もみられないという特徴をもつとされている。その障害は幼児期ないし学童期に顕在化するのみではなく、成人期に至るまでさまざまなハンディキャップが存続していくことが多い。

自閉症概念の歴史

一九四三年に自閉症の概念を最初に提唱したL・カナー（彼は早期幼児自閉症と称した）は、分裂病の最早期に発症したものではないかと推測していたことから、当初、自閉症は分裂病に近い障害であると考えられていた。その後、次第に心因論が擡頭し、自閉症への心理療法が積極的に行なわれた時期がしばらく続いた。しかし、その治療結果は当初の期待ほどの成果を収めることができなかった。

その後、大きな転回期となったのは一九六〇年代におけるM・ラターらロンドン学派の「言語認知障害説」の提唱である。心因論から脳（機能）障害論への大転換であった。自閉症は心理的要因によって「自閉

的」になり、さまざまな行動特徴を示すというのではなく、脳の機能（主に多様な刺激を知覚し統合する働き）に障害をもつために、言語や認知面の発達が障害され、その結果として対人相互関係を充分にもつことができなくなっていると考えられるようになった。脳の機能障害による言語認知面の障害がまず基本にあり、その結果として自閉的になってしまうと理解されるようになったのである。この説は国際的に大きな影響力をもち、その後今日に至るまで、自閉症は発達障害として捉えられるようになった。

しかし、最近になって自閉症にみられる言語認知障害と社会性の障害（自閉性）の関連性はそれほど単純ではないことが指摘されるようになり、再び社会性の障害が着目されるようになってきている。つまり、人間の言語や認知能力がそもそもどのようにして獲得されていくのか、その過程で社会情緒的発達がどのように関連しているのか、こうした問題を明らかにしていく段階にきているといえよう。

自閉症の国際診断基準のポイント

子どもの精神障害の診断を行なう際には、発達という視点をもち、年齢段階によって症状の現われ方が変化していくことを充分に考慮しなければならない。

現在の国際診断基準において自閉症は、

①社会的相互作用の質的障害：こちらが働きかけても無反応であったり、人に対してまるで物を扱うように接するなどの特徴を示す

②言語性・非言語性コミュニケーションや創造的活動の質的障害：話し言葉のみならず、身振り言語においてもコミュニケーションが困難である

③行動や興味の明らかな制約

④発症年齢が三歳未満であること

の四点がポイントとしてあげられている。

ここでいう「質的」障害というのは、その子どもの発達年齢から考えても推測可能な範囲を超えた障害の内容を示し、発達の単純な遅れでは説明がつかないことを示している。

言語認知障害は一次障害か

言語認知機能の獲得に際立った障害があるところに自閉症の最大の特徴があることは今や常識となっているが、その原因を脳の機能に障害があるためだと短絡的に考える傾向が強いことも事実である。言語認知機能の獲得が脳の機能の発達を抜きにしては考えられないことは確かであるにしても、社会性の発達がそれとどのように関連しているかという点については、実はあまり詳細には検討されていない。

このような問題が提起されるきっかけとなったのは、自閉症の長期追跡調査を通して言語認知発達に長足の進歩が認められる**高機能自閉症**（知的障害を伴わない自閉症とされている）や**アスペルガー症候群**（高機能自閉症との異同が問題とされているもので、言語認知機能の高い水準にもかかわらず自閉

性が強く残存していることから最近大きな注目を集めている）に社会性の障害が強く残っていることが明らかになってきたことである。これまで言語認知障害が一次的障害であって、社会性の障害はあくまでその結果の産物であるとみなされていたが、実はさほど短絡的に考えられないことがわかってきたのである。

言語認知障害の特徴

言語認知機能の発達はどのようなプロセスを経て進展していくのだろうか。自閉症ではなぜ、その機能の獲得に著しい障害が生じるのだろうか。

自閉症に認められる言語認知障害には、ほかの発達障害には認めがたい特徴があることは、これまでにも幾度となく指摘されてきた。たとえば言語障害の特徴としては、言葉の読み書きや文法能力には問題が少ない子どもでも、言葉をどのような状況で用いたらよいか、または言葉がその用いられる状況によってその意味がどのように変わるか、といった語用論的理解における障害が最も特徴的であるとされている。つまり、コミュニケーションの際に生きた言葉を用いることがことのほか困難なのである。話し手の意図が実際にはどこにあるのか、相手は何を言いたいのかということがなかなか読みとれないのである。そのため実に奇妙な応答が展開することになる。

コミュニケーションの実際は、単に言葉の字句の意味を辞書に記載されているように忠実に捉えて展開されているわけでは決してない。話し手と聞き手が絶妙なバランスをとり、役割を交代しながらコミュニケーションは進められている。自分と相手の気持ち、意図などを感じとりながらコミュニケーションは進展していくために、場合によっては言葉そのものが字義どおりには使用されないことも決して珍しくはないのである。コミュニケーションの目指すところは、単に情報の伝達といったものではなく、同じような気持ちを分かち合えるような関係づくりといってよいのではなかろうか。

もちろん、今日のインターネットを代表とする情報化社会においては、コミュニケーションの目的があたかも情報のやりとりに重点が置かれているようにみえる。しかし、われわれの心は情報の洪水の時代に生き、そこで今にも窒息しそうなほどの状況に置かれている。ますます気持ちを分かち合えるような関係を渇望しているともいえるのである。その意味でコミュニケーションの本来の姿を取り戻す必要があるし、そのためには自閉症のコミュニケーション障害の質的検討とともに、自閉症の人々へのコミュニケーション発達援助の営みを通して、コミュニケーション本来の姿がみえてくる可能性がある。

コミュニケーションの発達

では、生きた言葉を人間はどのようにして体得していくことができるのだろうか。

そのことを知るためには、乳児とその養育者との間で繰り広げられるコミュニケーションの成立過程を検討する必要がある。

今日、コミュニケーション論はさまざまな学問領域で注目されている。しかし、コミュニケーションの発達段階の最も原初的形態として、情動的コミュニケーションが存在することは意外によく理解されていない。一般に想起されるコミュニケーションが人間相互間でのある観念のやりとりとして捉えられ、情報処理モデルなども援用しながら検討されているが、これはあくまでシンボル機能水準でのコミュニケーションが中心になっている。そもそものコミュニケーションの原初的形態はそうではなく、情動水準でのものがまず存在するというのである。最初の段階では母子間で情動的コミュニケーションが次第に成立し、その後の進展の結果としてシンボル機能水準のコミュニケーションに発達していくというのである。それはまさに、人間がより広い社会性を獲得していく過程と密接に関連しながら展開していくことである。

情動的コミュニケーションの最大の特徴は、乳児と母親との間でお互いの気持ちが瞬時に通い合うという性質のもので、同時的なものであるといわれている。その点が、その後のシンボル機能水準のコミュニケーションのような方向性をもったやりとりとは質的に大いに異なるところである。情動的コミュニケーションの世界では二人の間でいつの間にか気持ちが通い合い、ある種の情動が共有される現象が起こるのである。ちょうど振動数の同じ二つの音叉を並べ、一方の音叉を振動させると他方の音叉も共振する現象によく譬えて語られている。

乳児期の情動的コミュニケーション

実は、情動的コミュニケーションを可能にしている大きな要因の一つに、乳児期に特有な知覚様態の働きが指摘されている。相貌的知覚や力動感（バイタリティー・アフェクト）といった独特な知覚の仕方が乳児期に活発であることが情動的コミュニケーションを可能にしているというのである。

一般的に知覚様態として五感（視覚、聴覚、味覚、嗅覚、触覚）がよく取り上げられるが、これらのようにある単一の様態に分化した知覚様態ではなく、それらは知覚の原初的形態である無様式知覚の特徴を備えている。さまざまな物事や事象を客観的に捉えるのではなく、情動や運動を伴ったかたちで自分と環境世界とが融合したような世界の中で、自らもその中にどっぷりと浸かりながら、一体となって環境世界を知覚していくというのである。そこでは当然自らの身体内部で生じる多様な変化にも同様な知覚が行なわれるため、自らの情動や運動の変化が環境世界の知覚のあり方をも大きく左右することにつながっていくのである。形態・リズム・強弱などの力動感を伴ったものを実に鋭敏に知覚するというのである。

筆者は、自閉症の人々の知覚様態はこうした乳児期に独特な無様式知覚が加齢を経ても脈々と息づいて活発に作動している状態にある、と想定している。具体的な例をいくつか述べてみよう。

▼ケース　その場に不釣り合いな行動

女性、就労中

幼児期から漢和辞典を好んで見ていたために、「漢字博士」の異名を頂戴していた。小中学校と普通学級で過ごし、十五歳から洋裁専門学校に通っていたが、学校でその場に不釣り合いな行動をするために周囲の人から傷つくことを言われるようになり、周りからの評価に敏感になった。「〇子（自分の名前）そんなにブス?」「どうせ頭が悪いから」「〇子は自閉症?」「どうせ自閉症だから」「どうせ障害児だから」などと自己意識が強まってきたことを思わせる言動が目立ってきた。感情が高ぶるとエスカレートしてパニック状態になるようになった。抗精神病薬の少量の服用によって精神状態は安定してきた。

この頃（十七歳）からもともとの漢字への強い興味が異性への関心と結びついて、「九州電力」の文字が気に入り、「九」君と「州」君という二人の空想上の人物を作り上げ（図1）、彼らと語り合ったり、新聞の中の「九州」の文字を切り抜き、それを大切に持って枕の下に入れて寝たりするほどになった。漢字の太さ、形によって「怒っている」「泣いている」「笑っている」など表情や感情が異なるとまで言うようになった（図2）。

彼女にとってはもともと「漢字」は没頭の対象であったが、思春期に入って異性への関心が高まったことを心理的背景にして「漢字」が彼女にとって相貌性を帯びて感知されるようになったのだろう。このような知覚様態が相貌的知覚の特性をよく示し

図1　ケースの女性が描いた「九」君と「州」君

九州

笑っている「九」君と「州」君

九州

泣いている「九」君と「州」君

州

怒っている「州」君

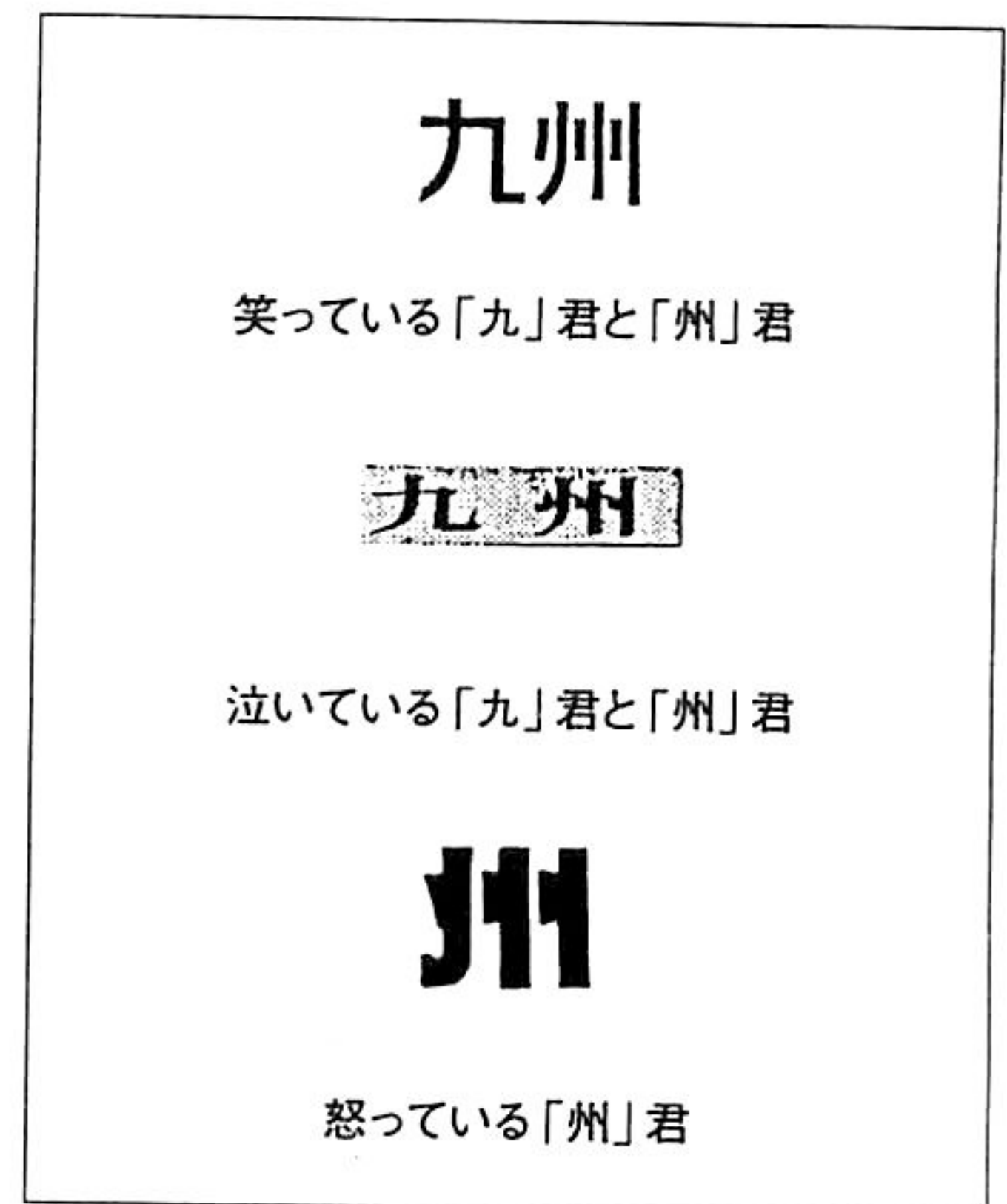



図2　さまざまな表情をもつ「九」君と「州」君

ている。

まもなく彼女は二十歳時に就労し、その後良好な適応状態であったが、幼児期から顕著であった聴覚過敏は今でも続いているという。電動工具の音を掃除機の音に聞き間違えたり、子どもの手押し車のガラガラ音を列車の音に聞き間違えることがある。またある音がひどく耳障りだったり、どうも気になってしかたないときがあるという。母には聞こえないような音でも彼女には嫌な音が明瞭に聞こえると訴えることも少なくない。そのときには耳栓をしたり、ステレオの音量を上げて聞いたりしてその苦痛から逃れようと努力しているという。若者の乗り回す乗用車の音はいつも意地悪く、自分を刺激するような気がすると訴える。

彼女にとって見るもののみならず、聞こえてくるさまざまな音刺激も多様な相貌性を帯びて知覚されていることがよく示されている。

このような知覚の特徴が本ケースのみならず、自閉症の人に一般的にみられることがわかってきた。最近自閉症者の手記として世界的なベストセラーになったドナ・ウィリアムズの著者『自閉症だったわたしへ』にも次のような記載がある。

「わたしは、空中にはさまざまな丸が満ちていることを発見した。じっと宙を見つめると、その丸がたくさん現れる。その魔法の世界を邪魔するのが、部屋の中を歩き回る人々だ。わたしは人を見ないようにする。あれは、単なるごみ。わたしは一心に、きらめく丸の中に同化したいと願い、ごみは無視してその向こうを透視しようとする。……（中略）……わたしのベッドは小さな無数の丸で囲まれ、あたかも不思議なガラスの棺にすっぽりとおおわれているかのようだった。その丸たちのことは、わたしはスターズと呼んでいた。後でわかったことだが、どうやらそれは空気中の細かい粒子だったようだ。わたしの視力があまりに良かったために見えてしまい、催眠術にかかったかのようにその粒子ばかりがせり出してきて、他の本物の『世界』の方が後退してしまっていたということらしい。」

（河野万里子訳、19、27頁より抜粋）

われわれにとっては、おそらく空中の埃でしかないような無数の粒子が、彼女にとってはきらめく星のように光り輝いて見え、周囲の人間が彼女にとってはごみなのである。実は、このような世界は乳児にも認められることが最近になってよく知られるようになった。

情動的コミュニケーションの特徴

では、自閉症の人々はなぜ、情動的コミ

ユニケーションの進展が困難となってしまうのだろうか。これまでは言語認知障害が基盤にあるために対人回避、すなわち自閉的傾向が生じるとみなされてきた。そのため、この点については深く検討されてこなかったのだが、筆者が自らの治療実践を通して強く実感しているのは、彼らには異常なまでに強い**対人回避傾向**がある一方で、その背後には**対人接近欲求**もそれに勝るとも劣らないほどに強いものがあるという事実である。このことは動物行動学の世界では**接近・回避動因的葛藤**としてよく知られている。精神医学の世界でいうところの**アンビバレンス**と類似した概念である。

　このように自閉症に異常なまでの対人接近恐怖が存在するのは、なんらかの生物学的要因を想定しないと理解することは困難であるが、治療によって比較的容易にこの種の対人接近恐怖は緩和するのである。このような過敏性を緩和することが幼児期早期に可能になっていけば、自閉症にみられる社会性の障害が改善し、その結果として言語認知面のその後の発達も歪みを残さずにすむのではないかと期待されるのである。

　なぜ筆者はこのように情動的コミュニケーションの重要性を執拗に主張するかといえば、人間にとって本来の言語認知機能の獲得はこのようなコミュニケーションの進展を抜きにしては考えられないと思うからである。

言語認知機能の発達と社会性の発達との関連性

　言語認知機能というものを、もともと人間に生来的に備わったある種のプログラムによって、脳の成熟過程で必然的に獲得されていくものである、とみなす立場がある。たしかに、言語認知機能は脳の成熟過程を抜きにしては考えられないことは事実であるにしても、社会性の発達と不可分に関連しながら獲得されていくものであることが、昨今の**乳幼児心理学**研究でずいぶんと明らかになりつつある。

　われわれの身の回りの世界に存在する多くの事物や事象には、言葉によってなんらかの意味が付与されている。たとえば「みかん」を例にとってみるとしよう。みかんにも実に多くの品種が存在するし、同じ品種でも色・形・味・肌触りなどさまざまな属性がすべて微妙に異なっていて、どれ一つとして同じみかんはこの世には存在しない。しかし、それらの属性のなかからなんらかの特徴を取り出してわれわれは「みかん」と称して使っている。このように類似の事物や事象のなかから共通の属性を取り出して、それをある言葉で表現する精神機能が概念化ないし抽象化といわれている。

　では、共通した属性を取り出す作業はどのようにして行なわれているのだろうか。実に多様な属性のなかからいくつかを取り出して行なわれるこの種の作業はきわめて恣意的なものである。これが絶対に正しいといったものではないのである。日常的に生活を共にしながらその事物や事象にふれるということを通して、いつの間にかその事物や事象のなかで共通の属性が相互に認

識されるようになり、そこに必然的に共通の意味が付与された言葉が生まれてくると考えられるのである。このような認識の仕方は長い期間の日々の生活体験の蓄積があって初めて可能になっていくものである。同じ文化的背景をもった者同士では容易にこのことが可能になってくるのだが、文化的背景を異にする者同士だと、同じ人間であっても容易には共通認識を獲得できないことは経験的によく理解できることである。

　われわれ人間は乳児期早期から母親を通して、このような物事の認識の仕方を暗黙のうちに教えられて成長していく存在である。最初は自らの動作や身振りに特別の意味が付与されていなかったにもかかわらず、母親は乳児の一挙手一投足を受けとめ、それに対して実に多くの応答を繰り返している。その応答の仕方をみると、自らの体験を通して乳児の行動の意味を感じとり、なんらかの言葉ないし感情でもって頻繁に応答している。乳児が最初に示す身振りにも文化的意味が隠されているといわれる。育児とはそもそも親から子どもへの文化伝達の営みであるといわれるゆえんはそこにある。

　こうした育児の過程で子どもは大人たちとの密接な交流を通して、物事の認識の仕方をおのずと体得していくのである。認知機能とは、決して脳が成熟していけば必然的に獲得されるような性質のものではなく、共通の文化的背景をもつことによる暗黙の共通認識であって、そこに密接な対人交流の蓄積があって初めて習得可能になるものなのである。

＊

　自閉症の言語認知障害仮説はすでに破綻し、今や人間にとって言語や認知の機能がどのようにして獲得されるのか、そのプロセスを解明していくことが求められている。自閉症研究から得られる知見は、そのプロセスを解き明かすなんらかのヒントを与えてくれる可能性がありはしないだろうか。

　言葉の獲得が多くの他者とのコミュニケーションを可能にしてくれているという喜ばしい側面がある一方で、言葉のみの情報に踊らされて人間本来の情動の共有を基盤にした生き生きとした体験が希薄になっていくという状況が、われわれの周囲ではどんどん進行している。言語機能を獲得するということは、このように諸刃の剣という側面を有していることをわれわれは忘れてはならないのである。そのように考えると、自閉症問題はわれわれ「健常者」にとって決して他人事ではない、人間にとってきわめて根源的な問題を含んでいるということに気づかされるのである。

［参照］
▼心因（145頁）

ブックガイド

『自閉症の発達精神病理と治療』
小林隆児　岩崎学術出版社

『もし、赤ちゃんが日記を書いたら』
D・スターン　亀井よし子訳　草思社

『自閉症だったわたしへ』
D・ウィリアムズ　河野万里子訳　新潮社

注意欠陥（欠損）多動性障害（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）

子どもたちの抱える落ち着きのなさ

家庭や学校などで、
明らかに困るような問題行動があって、
そのために集団に適応できない場合にADHDの診断が下される。

星野仁彦

注意欠陥多動性障害（ADHD）とは、注意の集中力に乏しく、落ち着きがなく、多動的な状態を表わす診断名で、米国精神医学会（APA）が一九八〇年に作成した診断マニュアル（DSM）に初めて登場した医学用語である。注意の集中力に乏しく落ち着きのない子どもはもちろん昔から存在するが、これまで世界共通の診断基準がなかった。このADHDの診断基準ができて初めて、世界中の医師や研究者が同じ「土俵」で診断したり、治療法を検討できるようになったわけである。

あらかじめ断わっておかなければならないが、ADHDは一つの病気（疾病単位）ではない。あくまでも落ち着きがないという行動パターンを表わす状態像の診断基準である。したがって、子どもの発達のある時期（たとえば五歳時）にはADHDが該当したとしても、別の時期（たとえば十歳時）には当てはまらなくなることがよくある。また原因もとくに定まっておらず、妊娠中・出生時の異常や遺伝などさまざまな要因が絡んでくる。

ADHDに当てはまる状態

ADHDの診断基準を表1に挙げた。表のようにADHDの症状は、「不注意」、「多動性」、「衝動性」の三つの項目に分けられる。**不注意**とは、とくに多人数場面（教室など）で注意がそれやすくて集中できず、人の話をあまり聞いていないことである。**多動性**とは、落ち着きがなく、いつもそわ

表1 注意欠陥／多動性障害のDSM診断基準 Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder

A. (1)か(2)のどちらか：

(1) 以下の**不注意**の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6カ月以上続いたことがあり、その程度は不適応で、発達の水準に相応しないもの：

不注意

(a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない。または不注意な過ちをおかす。
(b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
(c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える。
(d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での業務をやり遂げることができない (反抗的な行動または指示を理解できないためではなく)。
(e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
(f) (学業や宿題のような)精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
(g) (例えばおもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など)課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
(h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
(i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

(2) 以下の**多動性ー衝動性**の症状のうち6つ(またはそれ以上)が少なくとも6カ月以上継続したことがあり、その程度は不適応で、発達水準に相応しない：

多動性

(a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
(b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
(c) しばしば不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする(青年または成人では落着かない感じの自覚のみに限られるかも知れない。
(d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
(e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされているように”行動する。
(f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

(g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。
(h) しばしば順番を待つことが困難である。
(i) しばしば他人を妨害し、邪魔する (例えば、会話やゲームに干渉する)。

B. 多動性ー衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。

C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において (例えば、学校 [または仕事] と家庭)存在する。

D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。

E. その症状は**広汎性発達障害**、**精神分裂病**、またはその他の**精神病性障害**の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患 (例えば、**気分障害**、**不安障害**、**解離性障害**、または**人格障害**)ではうまく説明されない。

そわしたり、喋りすぎることである。**衝動性**とは、順番を待てなかったり、他人を妨害したり、邪魔をすることである。

表1のEにあるように、明らかな**広汎性発達障害**(言葉や社会性の発達が生来的に大幅に遅れていること、幼児自閉症がその代表)、**精神分裂病**、**気分障害**(**躁うつ病**)などがある場合には、そちらのほうの診断が優先されて、ADHDとは診断されない。

さらに表1のDには、「社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない」と述べられている。つまり、家庭や学校などで、親や教師から見て明らかに困るような問題行動があって、そのために集団に適応できない場合にADHDの診断が下される。単に落ち着きがないというだけでADHDの診断がなされるわけではない。医学的な診断は慎重になされなければならない。

ところで、ADHDは学習障害 (Learning Disorders：LD) を伴うことがよくある。

つまり、算数・読み書きなどの学習面の問題を伴うことが少なくない。筆者らの経験では、外来に来たＡＤＨＤ児八十五例のうち、約六〇％が学習障害を伴っていた。別の観点から見れば、ＡＤＨＤであっても学習障害を伴わない場合が約四〇％存在するわけである。ただこれらはあくまでも、大学病院の精神科の外来を受診したＡＤＨＤ児を対象にしたものであり、比較的重度の

成年期
大部分改善、一部が改善せず →教育水準低く、社会経済的階層低い →貧困な自己像 仕事が長続きしない、社会不適応 対人関係のトラブル多く、孤立しやすい 自己中心的、攻撃的行動 事故を起こしやすい ストレスの耐性が低い 気分が動揺しやすい (重度の場合) 人格障害、性格障害 (特に反社会性、境界性、自己愛性) アルコール・薬物依存症

ＡＤＨＤ児が多いために頻度が高くなったものと思われる。筆者らの経験によると、ＡＤＨＤと学習障害の両者を合併する場合、学校に適応しにくくなるケースが多いので、できるだけ早いうちに専門の相談機関や医療機関を受診したほうがよい。

なぜ集中できなくなるのか

近年の児童精神医学の考え方では、ＡＤＨＤは、比較的軽度の脳機能障害に基づく軽度の発達の障害、または発達のアンバランスと捉えられている。これに対して、比較的重度の脳機能障害または脳の器質的障害に基づく重度の発達障害としては、**知的障害**と**幼児自閉症**が挙げられる。脳機能障害の原因はまだ充分に解明されていないが、その一つとして母親の妊娠中（本人の胎生期）の異常や出生時の異常が挙げられる。具体的には、妊娠中毒症、切迫流産、重症新生児黄疸、仮死出生、未熟児（低体重出生）などである。そのほか、遺伝的要因も原因の一つとして挙げられる。

ＡＤＨＤの出現率（有病率）は報告者によって異なるが、欧米では子ども人口の五％前後とされている。男児に圧倒的に多く、男女比は四～五対一である。出現率は子どもの年齢によって異なり、小学校の低学年で高く、高学年になると低くなる。

思春期まで長びくと……

一般に、ＡＤＨＤ児の経過のその後は良好である。とくにＡＤＨＤのみで、ほかの発達障害や学習障害を伴わない場合は良好であり、小学校の高学年になると自然に改善してくる。しかし、表2のように、一部は思春期になると環境に適応できずに、さまざまな二次的情緒障害を示すことがある。たとえば、非行、**不登校**などである。このように思春期を乗り越えられない彼らは、成人になっても社会適応が不良のことがある。言い換えれば、思春期を何事もなく乗り越えることができれば、無事に成人して

表2 注意欠損多動性障害の発達に伴う症状（状態像）の変遷

幼児期（就学前）	学童期（小学生）	思春期（中・高校生）
言葉(特に(話しことば)の遅れ → 動作・ジェスチャーの模倣をしない	学習能力障害（算数障害、読字障害、書字障害など） →	**大部分改善、一部が改善せず** 学業成績不良 →
独り遊びが多い → 視線が合わない → 落ちつきない、目を離せない	友達ができにくい、自己中心的、 → 協調性がない、集団の規律に従わない 多動、注意集中困難、注意の転導性亢進、衝動的行動 整理整頓が苦手、忘れ物が多い	貧困な自己像(強い劣等感、疎外感、孤独感、抑うつ感、無気力感) → **様々な二次的情緒障害を示す** 非行 怠学 登校拒否、家庭内暴力、ひきこもり 攻撃的行動、校内暴力、いじめ 不純異性交遊 嘘をよくつく 習癖異常 心気症状、自律神経症状
よく泣く、かんしゃくを起こす → 周囲の刺激に敏感 睡眠時間が不規則	感情が不安定 我慢できない 攻撃的、破壊的行動 姿勢が悪い	
利き手、利き足がはっきりしない →	手先が不器用、工作が苦手 →	事故を起こしやすい
歩き方、走り方がぎこちない →	運動、球技、機械体操など苦手	
転びやすい 高熱を出す	習癖異常(チック、爪かみ、抜毛癖など) →	習癖異常（チック、抜毛癖など）

社会に適応することができるといえよう。

それでは、なぜADHD児は思春期になると二次的情緒障害を起こしやすいのだろうか。その理由の第一は、彼らの多くは家庭や学校での評価があまり高くなく、さほど誉められた体験がないために、思春期に近づくと自己評価（セルフ・イメージ）が低くなり、劣等感や疎外感を抱きやすくなるためである。

つまり、小学校の低学年のうちは、まだ自分自身を客観的に評価すること（自己評価）ができないが、小学校の高学年（前思春期）になってくると、自分自身が周囲の人々からどのように評価されているかを気にするようになり、低い自己評価を抱くようになる。彼らの多くは行動上の問題や社会性の問題があり周囲の評価が低いため、自己評価はどうしても低くなりがちになる。また学習障害を合併していて、算数や国語などの学業不振がある場合、「自己達成感」が得られないために、いっそう自己評価は低くなる。思春期の彼らはよく、「僕なんか何をやっても駄目だ。どうせ落ちこぼれだ。生まれてこなければよかった」と言うことがある。これは彼らの低い自己評価を端的に表わしたものといえる。

二次的な情緒障害の代表的なものは、不登校（登校拒否）と非行である。不登校を起こしやすい場合、元来、内向的・消極的で神経質、自罰的傾向の強い子どもに多く、**メランコリック・タイプ**と呼ばれる。これに対して、非行を示しやすいケースは元来、外向的で積極的、他罰的・攻撃的傾向の強い子どもに多く、**エキセントリック・タイプ**と呼ばれる。

課題を与える行動療法

ADHDは軽度の場合、小学校の高学年になると脳の発達に伴って自然に改善されるため、相談機関や医療機関を受診する必要のないことが多い。しかし、ADHDが重度の場合や学習障害を合併する場合、家庭や学校で不適応行動を起こしたり、二次

的情緒障害を示しやすいため、相談機関や医療機関を受診したほうがよい。できれば知能検査や心理検査を行なったり、脳波検査や頭部CT検査を受けることが望まれる。

ADHDの多くは**薬物療法**が有効である。とくに著しい多動・注意集中困難やパニック・攻撃的行動がある場合には、速やかに改善されることが多い。学習障害を伴う場合、普通学級での集団指導のみでは算数や国語などの学業が遅れがちになり、そのため自己像が低くなりがちである。この場合、たとえば「通級制」教育システムを採用し、普通学級に在籍しながら、算数や国語などの不得手な科目のみを少人数学級で指導するのも有効な方法である。

彼らにある種の課題を与えて達成させるには、行動療法的アプローチが有効である。たとえば、「身の周りの整理整頓をすること」、「忘れ物をしないこと」、「宿題をやること」という課題を与える場合、言葉による指示だけではその場限りで忘れてしまい、子どもの脳にインプットされない。できれば、視覚的にもわかるかたちで紙やホワイトボードなどに大きな表を作ってわかりやすく書いてあげて実行させ、定期的にご褒美をあげる。

このようにすると、課題が脳にインプットされやすくなるとともに、達成するとご褒美がもらえるために、意欲的に頑張るようになる。親や教師のほうもあまり口うるさく干渉したり、叱責したりする必要がなくなる。

▼ケース　パニックになると暴れ続ける

落ち着きがなく暴力を振るうということで受診した。父親は会社員、母親は検査技師として働いているため、A君は生後三カ月で託児所に預けられた。彼の胎生期、母親は妊娠中毒症のため、利尿薬を服用していた。出生時には重症新生児黄疸となり、光線療法を受けている。

生後の頸の座り、歩き始め、発語などの発達はほぼ正常であったが、生後六カ月のとき、感冒で四十度の高熱を発して全身けいれん発作を起こした。その後三歳まで有熱時、および無熱時に発作を計八回起こした。四歳のときに近くのクリニックを受診し、**てんかん**と診断されて抗てんかん薬を処方されてから発作はおさまっている。

家族の話では生来、短気でわがままであり、自分の要求が通らないとカンシャクを起こし、育てにくい子どもであったという。保育所に入ってからもこの傾向は変わらず、短気で自己中心的であった。

三歳のときに保育所に入ったが、多動的で落ち着きがなく、保母が目を離すと勝手に飛び出すことがあった。また集団で行動することができず、いつもひとりで遊んでいた。ごっこ遊びなどのルールのある遊びができず、順番を待てなかった。また少しでも自分の思うようにならないとパニック状態となり、泣きわめいたり、ほかの子ど

もに暴力を振るったり、保母に体当たりしていた。いったんパニックになると三十分から一時間は暴れ続け、保母がなだめても静まらなかった。身辺の整理整頓はまったくできず、忘れ物が多かった。また描画が未熟であり、人物画がうまく描けなかった。保育所の年長組になってもこのような傾向が続くため、保母から紹介されて六歳時に当科を受診した。

初診時、診察室ではかろうじて椅子に座ってはいたものの、そわそわして落ち着きがなく、机の上にある診察器具をいたずらしていた。医師が話しかけても視線を合わせることが少なかった。保育所での様子を尋ねると、「あそこは面白い、嫌なことはない」と答えた。保母について尋ねると、「先生は僕を叱る。僕が友達をぶん殴ると叱るの」と答えた。「なぜ殴るの？」と聞くと、「むかつくからぶん殴る」と答えるのみであった。

外来で小児用の知能検査（ＷＩＳＣ－Ｒ）を行なったところ、言語性知能指数（ＩＱ）九一、動作性ＩＱ七九、全検査ＩＱ八四であり、言語性と動作性ＩＱの差が大きかった。またそのプロフィールを見ると各項目間のバラツキが大きかった。脳波検査で不規則な徐波や棘波が多く見られ、異常脳波と判定された。また、神経学的検査をしたところ、軽度の異常として神経学的微症状が認められた。

以上のような臨床症状と経過、知能検査、脳波検査、神経学的検査などから、ＡＤＨＤと診断して、外来に定期的に通院してもらって治療を開始した。

薬物を毎朝服用させたところ、数日後に早くもＡＤＨＤの症状が著明に改善された。授業中の徘徊（歩き回り）がなくなり、椅子に座っていられるようになった。注意の集中力も増し、教師の話をある程度、聞けるようになってきた。また、ほかの子どもとのトラブルや暴力行為も少なくなった。親が授業参観に行ったときも、授業中はキチンと椅子に座って前のほうを向いて教師の話を聞いていることができ、親はほっと胸をなでおろしたという。Ａ君の話でも「先生から誉められた」と得意気に語っていた。

このように、ＡＤＨＤの症状にかなりの改善が見られたため、週末や長期休暇中は休薬期間をもうけて経過を観察している。

専門教育を受ける権利がある

現代社会はＡＤＨＤ・学習障害児にとって生きにくい社会である。学校の教師も親も、過度に管理化、画一化された枠の中に子どもを押し込めようとする。とくに日本では教師も親も「横並び志向」が強く、軽度の知的障害児もＡＤＨＤ・学習障害児も普通学級に入れて、同じ教科の勉強をさせて、同じ宿題を与えて、同じ校則を守らせて、健常児と同じように「頑張れ！　努力しろ！」と叱咤激励する。これでは、競馬にたとえればサラブレッドのなかに傷ついたアラブの馬を入れて、鞭打ちながら競争させているのと変わりない。

米国では、知的障害児や自閉症、ＡＤＨＤ・学習障害などのさまざまな発達障害や情緒障害児が通っている学校は、子ども人口全体の八・九％に達している。しかし日本では、彼らのための特殊学級や養護学校は全体の〇・九％にすぎず、しかも年ごとに減っている現状である。軽度から中等度の障害児のほとんどが普通学級に通っているわけである。米国などでは、子どもが特殊学級などで専門の教育を受けることを子どもの当然の「権利」と捉えるが、日本人の多くはそれを「差別」と考えてしまう。なかには、子ども自身の能力に合った教育を受けることよりも、自分の見栄や外聞のほうを優先させる親もいる。小学校や中学校で、能力別学級を作る案を教育界の一部が出したことがあるが、同様の理由で却下されてしまったらしい。

　ＡＤＨＤ・学習障害児にとって現代社会が生きにくい二番目の理由は、教師や親が持つ偏見と誤解だろう。教師の養成機関である大学の教育学部でも、一般の大学でも、ＡＤＨＤや学習障害についてはほとんど教育されていない。そのため、子どもの問題をすべて環境的要因だけで捉えようとして、脳の機能障害要因は念頭に入れない。したがって、「落ち着きがない、だらしがない、整理整頓が苦手、自己中心的でわがまま、協調性がない、乱暴でけんかっ早い」などの問題点を持つ子どもは、「親のしつけが悪い」、「家庭での甘やかしだ」、「子どもの努力不足だ」と捉えられて、親や教師などから厳しく叱責されたり、説教されがちである。

　ますます過干渉的・支配的に養育されがちでもある。日本の教師と親には、子ども自身の脳の発達には個人差が大きいとは考えられないようである。このような家庭環境や学校環境に生きるＡＤＨＤ・学習障害児は思春期になると、自己像（セルフ・イメージ）が悪くなって、不登校や非行を起こしやすくなるのも当然だろう。また三十人から四十人の学級をすべて画一的に管理しようとするなら、その中にいる二、三人のＡＤＨＤ児のためにクラス全体が落ち着かなくなり、「学級崩壊」を起こすのも当然であろう。

　以上述べたように、病める現代社会と学校の背景を探ると、ＡＤＨＤや学習障害の問題とそれを直視できない大人社会が潜んでいる。昔はエジソンやニュートンや坂本竜馬のように、多少発達がアンバランスな人でも周囲の寛容さによって特異な能力を伸ばし、偉業をなし遂げることができたが、現代の社会・学校では困難であろう。我々の大人社会全体がこうした事態をもう一度考え直すべきである。

［参照］
▼行為障害（132頁）

ブックガイド

『学習障害・ＭＢＤの臨床』
星野仁彦、八島祐子、熊代永嘉　新興医学出版社

「注意欠陥多動性障害（ＡＤＨＤ）――その特徴と対応『児童心理』（特集・落ち着きのない子供）一九九八年
星野仁彦　日本文化科学社

コラム⑦▼多文化間精神医学【4】

地域によって異なる精神障害

山崎智嘉

精神障害の診断マニュアルとしては、アメリカ精神医学会発行のDSMが知られている。

「DSM-Ⅳといった診断マニュアルは、アメリカ人が自分たちを診断するために作ったものです。人格障害なども類別化して、境界型とか、回避型、演劇的など、いろいろ工夫されていますが、やはり、異なった文化のグループの精神科医からは、この分類方法そのものが自分たちの文化に合わないといった声が出ています。たとえば、依存型人格障害などは、そのまま日本人に一般的に見られる特性ではないかという見方もできる。それでは、日本人にはほかの基準が必要ではないか、ということになります」（野田文隆東京武蔵野病院・社会療法部長談）

各国のそれぞれの文化に応じて、さまざまな症状を示す精神障害は、「文化結合症候群（Culture-Bound Syndromes）」と呼ばれている。

DSM-Ⅳには、補足としてこの文化結合症候群についての記述がある。この中で治療者は、民族的、また文化的個性や使用言語の問題に注意しなければならないとして、二十五の症候群を挙げている。

なかでも、「ラター（latah）」は、もともとマレー、インドネシア文化と結びついた症候群とされているが、日本でも、アイヌ民族の「イム」が類似するという報告があるなど、アジア各地で同様の症候群が見られる症状だ。

ラターの症状は、命令自動、汚言、反響動作、反響言語、憂うつ、不安などで、ヒステリー性もうろう状態と緊張性興奮との中間型とされる。ラターと同様の症状が発展途上文化圏の各地に見られ、減少傾向にあることから、欧米的現代文化が浸透すれば、減少するのではないかともいわれる。

マレー語で〝決死隊の戦士〟を意味する「アモク(amok)」は、マレー、インドネシア、フィリピンなどで観察される。抑うつ状態などから、突然、興奮状態になって、人を無差別に攻撃・殺傷する症状があり、急性反応性精神病とされている。

「対人恐怖症」は「taijin kyofusho」という名で国際語になるほど日本人に特徴的な症状と考えられている。そのほか、アジア各地に見られる「コロ（koro）」のように、ペニスや乳首が体の奥に後退（退縮）するという不安が昂じ、時には死亡するという驚くべき症状もある。

ただ、野田氏によると、この「文化結合症候群」の考え方には、過分に少数例扱いし、エキゾティック化した分類で「文化が違う」という点を強調しすぎる傾向があることにも注意が必要だという。

また、民族性や文化以外に、社会的、宗教的、また、役割演技的な背景についても充分に検討されるべきだ、という議論も行なわれている。

illustration／工藤六助

行為障害(Conduct Disorder)

子どもがもつ衝動的な攻撃性

家庭の崩壊、両親の不和、養育に関する意見の不一致などが、障害の進展に関与することは、臨床場面でよく経験する。

市川宏伸

近年の精神疾患の診断には、診断基準を多数用意して、これらをいくつ満たすかで判断する操作的な診断基準が用いられる。主として、DSM(米国精神医学会)、ICD(世界保健機構)の二つがあり、診断基準の多くは、現在の症状や状況に基づいている。〝行為障害〟という診断名も、これらの一つとして登場したものである。

DSM-Ⅳの診断カテゴリーでは、「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」のなかに、精神遅滞、広汎性発達障害、学習障害、チック障害、排泄障害などとともに、〝注意欠陥および破壊的行動障害〟という大診断が設けられている。これらの下に、**注意欠陥多動性障害**、**行為障害**、**反抗挑戦性障害**などの診断がある。行為障害の大診断基準としては、「他者の基本的人権または主要な年齢相応の社会的規範や規則を侵害する行動様式が反復または持続する。十五の小基準のうち三項目以上が過去十二カ月の間に存在し、基準のうちの少なくとも一つは過去六カ月に存在している」、「行動の障害が社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている」、「十八歳以上では、反社会性人格障害の基準を満たさない」の三つがあげられている(表1)。

発症は思春期

行為障害の発症は、通常は小児期後期または青年期早期であり、十六歳以降での発症は稀である。十歳以前に特徴的な基準症

表1 行為障害

A. 他者の基本的人権または年齢相応の主要な社会的規範または規則を侵害することが反復し持続する行動様式で、以下の基準の3つ（またはそれ以上）が過去12カ月の間に存在し、基準の少なくとも1つは過去6カ月の間に存在したことによって明らかとなる。

人や動物に対する攻撃性

(1) しばしば他人をいじめ、脅迫し、威嚇する。
(2) しばしば取っ組み合いの喧嘩をはじめる。
(3) 他人に重大な身体的危害を与えるような武器を使用したことがある（例えばバット、煉瓦、割れた瓶、小刀、銃）。
(4) 人に対して身体的に残酷であったことがある。
(5) 動物に対して身体的に残酷であったことがある。
(6) 被害者に面と向かって行う盗みをしたことがある（例えば、背後から襲う強盗、ひったくり、強奪、武器をつかっての強盗）。
(7) 性行為を強いたことがある。

所有物の破壊

(8) 重大な損害を与えるために故意に放火したことがある。
(9)故意に他人の所有物を破壊したことがある（放火による以外で）。

嘘をつくことや窃盗

(10) 他人の住居、建造物または車に侵入したことがある。
(11) 物や好意を得たり、または義務をのがれるためしばしば嘘をつく（すなわち､他人を“だます”）。
(12) 被害者と面と向かうことなく、多少価値のある物品を盗んだことがある（例：万引き、ただし破壊や侵入のないもの、偽造）。

重大な規則違反

(13) 13歳未満ではじまり、親の禁止にもかかわらず、しばしば夜遅く外出する。
(14) 親または親代わりの人の家に住み、一晩中、家を空けたことが少なくとも2回あった（または長期にわたって家に帰らないことが1回）。
(15) 13歳未満からはじまり、しばしば学校を怠ける。

B. この行動の障害が社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。

C. 患者が18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準を満たさない。

▶発症年齢によって病型を特定せよ：

小児期発症型： 10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準の少なくとも1つが発症。
青年期発症型： 10歳になるまでに行為障害に特徴的な基準は全く認められない。

▶重症度を特定せよ：

軽症： 行為の問題があったとしても、診断を下すのに必要である項目数以上に余分はほとんどなく、および行為の問題が他人に比較的軽微な害しか与えていない（例：嘘をつく、怠学、許しを得ずに夜も外出する）。

中等症： 行為の問題の数および他者への影響が“軽症”と“重症”の中間である（例：被害者に面と向かうことなく盗みをする、破壊行為）。

重症： 診断を下すのに必要な項目数以上に多数の行為の問題があるか、または行為の問題が他者に対して相当な危害を与えている（例：性行為の強制、身体的残酷さ、武器の使用、被害者の面前での盗み、破壊と侵入）

『DSM−Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院(1995)より

状を一つ以上満たす**小児期発症型**では、男子に圧倒的に多く、しばしば仲間との関係を乱し、他者に身体的攻撃性を示す。思春期以前に行為障害のすべての基準を満たし、かつそれが持続的な場合は、成人期に**反社会的行動**に陥りやすい。十歳以前に行為障害に特徴的な基準の症状がないものを**青年期発症型**としており、仲間との正常な関係をもちやすく、他者に攻撃的行動を示すことは少ない。行為障害が成人になっても持続することは少なく、男子に多いが圧倒的に多いわけではない。

　行動上の問題があっても小基準の項目数をぎりぎり満たし、他者に比較的軽微な危害しか与えていないものを軽症、項目数を充分に満たし、他者に相当な危害を及ぼしているものを重症、これらの中間のものを中等症としてその重症度を分類する。

　目上の者に対して反抗的、拒絶的、挑戦的な行動を繰り返す反抗挑戦性障害は、行為障害の診断の特徴をほぼ満たしているが、その敵意の対象は大人や仲間に向けられ、他人の基本的人権や年齢相応の社会的規範や規則を無視するような、より深刻な身体的攻撃性は含まれない（表2）。したがって行為障害の診断基準を満たす場合は、反抗挑戦性障害の診断は使われない。注意欠陥多動性障害の子どもには衝動行動がよくみられ、時に破壊的な場合もあるが、年齢相応の社会的規範を無視しているときのみ行為障害と診断される。

▼ケース　激しい家庭内暴力

初診時十四歳・男子・中学校三年生

　激しい**家庭内暴力**を主訴に、当初は母親のみ相談に来院した。父親、母親、本人の三人家族だが、両親の関係は冷えきっていた。父は定期的な収入はないが、資産家の跡取りであり、おとなしい性格で、経済的に余裕はあった。母は語学に堪能で、学習塾の手伝いをしており、結婚した当時から夫に物足りなさを感じていた。本人は知的に問題なく、小学校の成績も良好で、母の指示によく従う子どもであった。中学校に入学した頃から、外泊、万引きなどが始まり、金銭の要求も強まった。興奮すると、父は要求どおり土下座して金品を渡していた。しかし夜になると、母の布団にもぐってきて、一緒に寝ていた。

　学校では、興味のある科目のみを勉強しており、同級生への乱暴は少ないが、強く叱責されると先生に殴りかかったり、興奮すると校長室に入り込み、窓ガラスを割ることもあった。強圧的な校長であったということもあってか、多くの生徒からは〝半端でない奴〟として認められ、一部の女子に人気があった。番長として他校のツッパリたちと喧嘩をすることもあった。先輩番長たちと一緒に行動して、万引き、恐喝などで補導される日を除けば、学校に顔を出していた。本人が尊敬しているのは、先代

表2 反抗挑戦性障害

A．少なくとも6カ月持続する拒絶的、反抗的、挑戦的な行動様式で、以下のうち、4つ（またはそれ以上）が存在する。 (1) しばしばかんしゃくを起こす。 (2) しばしば大人と口論をする。 (3) しばしば大人の要求、または規則に従うことを積極的に反抗または拒否する。 (4) しばしば故意に他人をいらだたせる。 (5) しばしば自分の失敗、無作法な振舞を他人のせいにする。 (6) しばしば神経過敏または他人からいらいらさせられやすい。 (7) しばしば怒り、腹をたてる。 (8) しばしば意地悪で執念深い。 注：その問題行動が、その対象年齢および発達水準の人に普通認められるよりも頻繁に起こる場合にのみ、基準が満たされたとみなすこと。
B．その行動上の障害は、社会的、学業的、または職業的機能に臨床的に著しい障害を引き起こしている。
C．その行動上の障害は、精神病性障害または気分障害の経過中にのみ起こるものではない。
D．行為障害の基準を満たさず、また患者が18歳以上の場合、反社会性人格障害の基準も満たさない。
『DSM−Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院(1995)より

の番長、暴力団の予備軍、警察の少年係の警官などであった。

中三になり、受験が迫り、勉強を迫られると母にも暴力を振るうようになった。次第に暴力はエスカレートして、自宅のガラスはほとんど割れ、足の踏み場もない状態となり、危険を感じた両親は避難してアパートに移り住んだ。夜になるとひとりで布団に入り、縫いぐるみを抱き、哺乳ビンからジュースをすっていた。

ある日、自宅近くのビル屋上で酒盛りをして、タバコを吸い小火騒動を起こして、近所から母に抗議がきた。父は〝家の恥〟が知れることを恐れて反対していたが、母は警察や精神科への相談に踏み切った。数回の受診後、家庭では対応困難と判断して、父を説得して入院治療を考慮することとなった。だが、「どうやって入院に結びつけるか」が問題であった。入院日の前々日から外泊をしており、入院延期とも思われたが、夜遊びで疲れきって深く寝入っているところを警察に保護され入院となった。

興奮は入院後数日で収まったが、落ち着いた後も強い叱責には激しく反発した。しばらくすると、病棟にいる他児を背後で操り、〝使い走り〟や〝いじめ〟を行なった。注意する場合には、事実関係をきちんと把握して、一つひとつ事実を突きつけていくと、「学校の先公より、きちんとしている」と素直に自分の非を認めた。服薬にも反対していたが、絶対に必要なことを説明し、本人のプライドを傷つけないように、服薬回数や時刻を調整すると納得した。その後、服薬によりかなり落ち着き、病棟から登校を開始した。母が家庭教師代わりになり、遅れていた勉強を取り戻した。校長は暴力行為を重視して卒業に反対したが、担当医は「学校のような保護された環境以外での社会体験の積み重ねが大切」と判断して卒業をお願いした。

退院して、好きな科目だけで受験できる高校に合格して通うが、強く叱責した先生を殴って退学となった。数年後、本人が来院して、「住み込みで建築関係の仕事に就職し、その後、弟子まで使うようになった」と挨拶した。就職と同時に自宅を出て、中学の同級生の女子と同棲しており、「家族を養わないといけないから頑張っている」とのことであった。

知的には正常知能であり、対人関係は保たれており、家族や大人に反発する反抗挑戦性障害がエスカレートした青年期発症の行為障害の一例と判断された。家庭環境が整っていれば、ここまで行動上の問題は悪化しなかったと思われる。父のことを尋ねた職員に、「親父の悪口を言わないでくれ。あんな親父でも俺にはたったひとりの親父なんだから」とかばっていた。強い父親像を求める延長上に、先代番長、暴力団予備軍、警察官がいたと推測される。担当の医師も含めて「強くて自分を認めてくれる人」を求めていたのかもしれない。その後の情報からは、社会性もかなりあり、経過は良いと推測された。

初診時十二歳・男子・中学校一年生

学校での問題行動（悪戯、喧嘩、乱暴など）が絶えず、学校から登校を遠慮するように言われて、母親のみ来院した。父親は幼少時から本人に厳しくしており、父の前でだけはおとなしくしていた。公務員の父、パートに通う母と妹の四人家族であるが、妹への嫌がらせ、乱暴は続いていた。

本人は保育園に通う頃から悪戯が多く、集団参加が難しく、よく叱られていた。就学後は、先生に注意されると大泣きして、大暴れしていた。落ち着きを欠いており、友人にちょっかいを出し、椅子を蹴ったり筆箱を壊すことがあった。授業中はきょろきょろして落ち着きがなく、体育ではひとりだけ別行動をとっていた。

小三～四で厳しい担任に交替してからも、大泣きや喧嘩が続き、同時に目をパチパチする、鼻をすするなどの症状（チック）が出現し始めた。小五～六年になると、呻き声が出るチックがひどくなり、喧嘩の暴力も激しくなってきた。通りがかりの女子に足を引っかけて倒す、踏み切りの遮断機に

悪戯をするなど内容もエスカレートしてきた。注意されると、衝動的に殴りかかったり、ガラスを割ることもあった。

中学進学後も学校は休まないが、悪戯や喧嘩が絶えなかった。中一の夏休みには友達の輪に入ろうと努めたが、入れてくれたのは非行グループだった。夜遊びに加わり、指示されるままに行動するが、要領が悪いためか、警察に何度も補導された。二学期になってもこの状態は続き、わけもなく妹に暴力を振るい、母が注意すると母にも乱暴した。学校では被害者の親が学校の管理上の責任を追及するようになり、担任から母に「登校しないでほしい」と連絡があった。

母は近所の医者の紹介で、筆者の病院を訪れたが、父は〝自分の前ではおとなしい〟との理由で受診に反対していた。しばらくの間、母のみ通院し、話し合って対応を変えてみるが、問題行動はあまり減らなかった。「カッとなると自分でもどうしてよいかわからなくなる」、「友達が欲しいのだができない」、「自分でも困っているので入院して早くよくなりたい」などの本人の気持ちが母を通して伝えられたため、入院を考慮することとなった。「ぜひ入院したい」と本人が主張するため、反対していた父も同意して、翌春、思春期の男子病棟に入院となった。

入院直後は、友達を作りたいためか、他児にちょっかいを出すため、喧嘩に発展することが多かった。細かいことは叱らず、トラブルが生じたときのみ、わかりやすい指導を行なった。同時に、衝動性に関係するとされる脳波の異常を改善し、感情の起伏を安定する薬物を使用した。

一カ月ほどして院内学級に通うようになったが、興味のない授業では寝ていることもあった。衝動性の高い他児が興奮するのを見て「あれはひどいよ」と言うようになり、職員に頼まれて知的障害の重い子どもの面倒もみてくれた。次第に誉められることも増え、本人の自己イメージも少しずつ改善され、本人なりに努力するようになった。相変わらず、他児の気持ちは汲み取れなかったが、「相手はこう考えるので、こうするとよい」と教えると、熱心に耳を傾けていた。

週末は自宅で過ごすが、母の手伝いをして、落ち着いて過ごせるようになったため、半年後、退院した。退院後は学校の受け入れもよく、別人のごとく過ごしており、学校の先生たちからも誉められた。その後、機械いじりが好きなこともあって、工業高校に進学するが、本人にはレベルが高すぎたようで、次第に登校を渋りだし、再び非行グループに接近するようになり、警察沙汰を起こすようになった。

知的には正常知能であるが、幼少時より多動や集中困難を認めて、衝動性も高かった（注意欠陥多動性障害）。我慢が難しく、他児の気持ちを理解できず、叱られているうちに自己イメージが低下し自棄的になり、非行グループに入るが結局は使い走りに終わった。環境によりかなり安定するが、環境が変わればもとに戻った。小児期発症型

表3 反社会性人格障害

A. 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で、15歳以来起こっており、以下のうち３つ(またはそれ以上)によって示される。

(1) 法にかなう行動という点で社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返し行うことで示される 。

(2) 人をだます傾向、これは自分の利益や快楽のために嘘をつくこと、偽名を使うこと、または人をだますことを繰り返すことによって示される。

(3) 衝動性または将来の計画をたてられないこと。

(4) 易怒性および攻撃性、これは身体的な喧嘩または暴力を繰り返すことによって示される。

(5) 自分または他人の安全を考えない向こう見ずさ。

(6) 一貫して無責任であること、これは仕事を安定して続けられない、または経済的な義務を果たさない、ということを繰り返すことによって示される。

(7) 良心の呵責の欠如、これは他人を傷つけたり、いじめたり、または他人のものを盗んだりしたことに無関心であったり、それを正当化したりすることによって示される。

B. 患者は少なくとも18歳である。

C. 15歳以前発症の行為障害 の証拠がある。

D. 反社会的な行為が起きるのは、精神分裂病や躁病エピソードの経過中のみではない。

『DSM−Ⅳ 精神疾患の分類と診断の手引』高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳、医学書院(1995)より

の行為障害の一例と考えられ、その後の経過はあまり良くないと推測された。

混乱した家庭環境

生物学的、心理的、社会的など、いくつかの病因が行為障害には推測されている。衝動性の高さと関係する特定の脳波上の異常が、ケースによっては知られており、脳機能障害の存在も推測されている。注意欠陥多動性障害では、中枢刺激薬の効果が知られており、この障害との重複が指摘されている小児期発症型では、中枢神経系の機能障害が強いと推測されている。神経化学的変化との関係では脳内神経伝達物質であるセロトニン、ノルアドレナリン、ドーパミンなどについての報告があるが、どれも仮説の域を出ていない。

混乱している家庭環境や誤った子育てがこの障害の進展に関与するとされている。ここにあげたケースを含め、家庭の崩壊、両親の不和、養育に関する意見の不一致な

どが存在することは、臨床場面でよく経験する。しかしこれらの両親のなかには、自分自身の養育過程に問題を抱えており、投げやりで個人的な欲求を満たすことに専念してしまい、薬物やアルコール乱用に陥りやすい者もいる。混乱した、投げやりな環境で育った子どもは、欲求不満への耐性が乏しく、怒りっぽく、破壊的で、他者の気持ちを汲むことが苦手である。とくに長期間暴力にさらされていたり、肉体的・心理的に虐待を被ってきた子どもは、自分の気持ちを表現するのが困難で、相手の好意を素直に受け取れなかったり、誤解してしまい、暴力で応えてしまう場合もある。

反社会性人格障害になる可能性

行為障害については、「社会経済的に恵まれない子どもが、非合法的な手段により、地位や物質的豊かさを手に入れようとする」という、社会文化的要因も見逃せない。しかし、行為障害という概念が日本に導入されたのは新しく、報告の多くは、主として米国からの報告に基づいている。人種問題、銃の氾濫など日本と異なる社会構造をもつ米国の報告は慎重に引用するべきであるが、医療、教育、福祉、司法などの分野で、行為障害が着目されているのも事実である。

とくに、注意欠陥性多動障害や反社会性人格障害と行為障害の関係については注目されている（表3）。小児期発症型では、反抗挑戦性障害からの移行や、注意欠陥多動性障害との重複診断が問題となっている。成人になってからの反社会性人格障害では、十五歳以前に発症する行為障害の存在、注意欠陥多動性障害の重複が発症の可能性を高くするとされている。

臨床的経験からは、就学前後に注意欠陥多動性障害と診断される者のうちの二割前後は、その後行為障害の診断を満たしているように思われる。これらの一部は、成人になって反社会性人格障害の診断を満たすと考えられる。これらについての系統的な研究報告は、日本ではまだ少ない。注意欠陥多動性障害との重複についての研究、注意欠陥多動性障害や行為障害の経過についての研究、反社会性人格障害や非行青年についての幼少時期の研究などの積み重ねが待たれる。

［参照］
▼注意欠陥多動性障害（124頁）、反社会性人格障害（36頁）

ブックガイド

『**DSM-Ⅳ 精神疾患の診断・統計マニュアル**』
高橋三郎ほか訳　医学書院

「**行為障害**」『**精神科治療学**』**9巻6号**
廿楽昌子　星和書店

『**カプラン 臨床精神医学テキスト DSM-Ⅳ診断基準の臨床への展開**』
ハロルド・カプランほか編著　井上令一ほか監訳　医学書院MYW

睡眠障害（Sleep Disorder）

妨げられた眠りがもたらす焦燥感

睡眠のメカニズムや年齢的発達を考えるとともに、障害がある場合、さまざまに関連した疾患も考慮すべきだ。

猪子香代
本城秀次

睡眠に関する訴えは、とても一般的なものである。一般の医者を訪れる患者の三分の一、そして精神科医を訪れる患者の三分の二が、自身の睡眠の質に不満をもっていると訴えるという。不眠は、とても身近なものでもあり、旅行や突然の入院、ジェット時差、あるいはコーヒーや煙草やアルコールによっても起きる。また、**睡眠時無呼吸**などのように、以前は稀なものと考えられていたものが、頻度が高いことが疫学によって確かめられているものもある。

また、睡眠は文化的な違いも大きく影響する。昼寝の習慣や就寝時間、子どもにとっては親の添い寝や夜間の授乳などは睡眠に関係する。

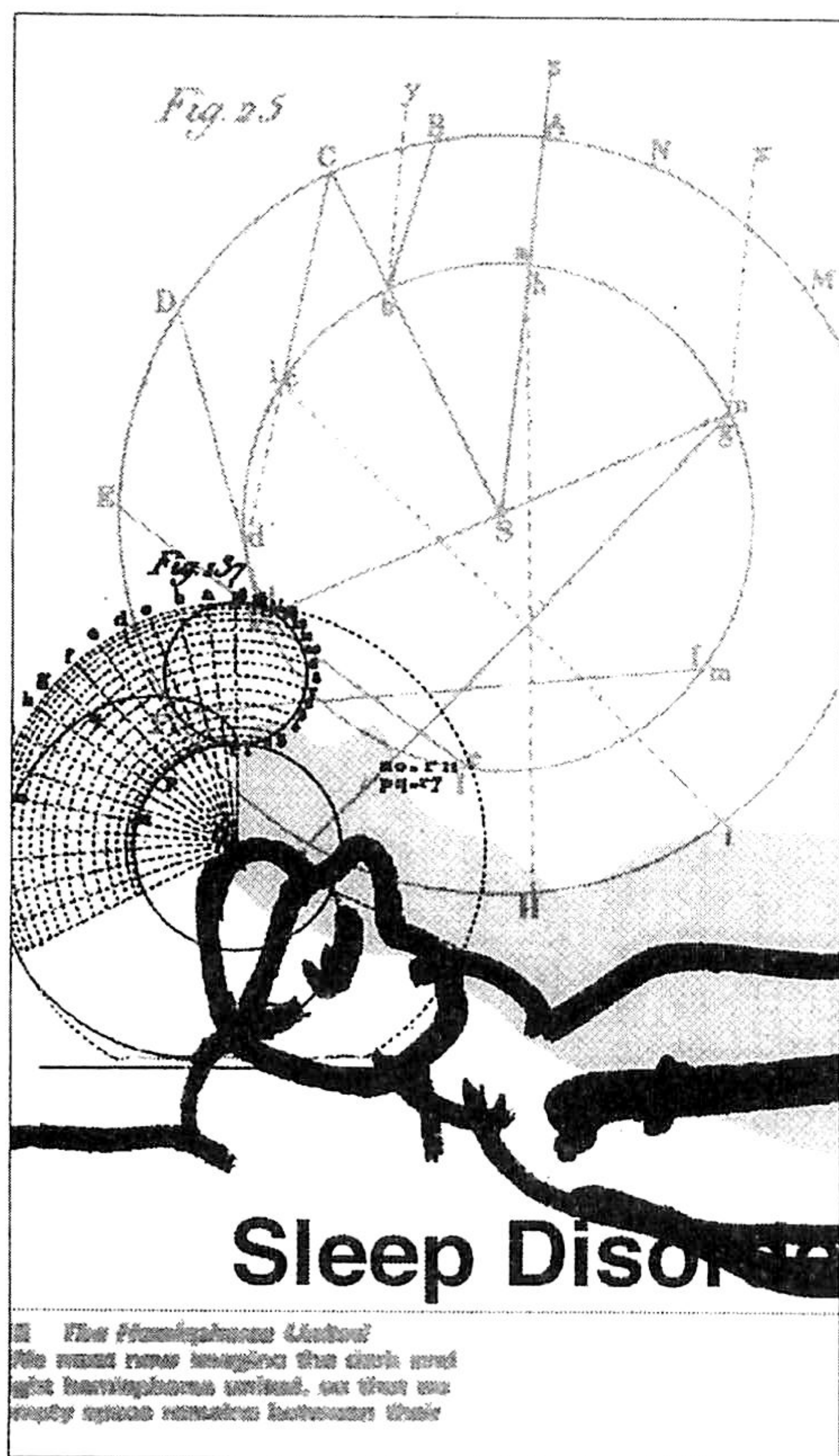
睡眠障害にはどんな種類があるか

睡眠障害は、原因によって次のように大きく四つに分けられる（DSM-Ⅳ）。

①原発性睡眠障害（睡眠異常と睡眠時随伴症）
②ほかの精神疾患に関連した睡眠障害
③一般身体疾患による睡眠障害
④物質誘発性睡眠障害

原発性睡眠障害とは、そのほかの三つの睡眠障害の原因（ほかの精神疾患、一般身体疾患、もしくは物質）によらないものをいう。原発性睡眠障害は、また、睡眠異常と睡眠時随伴症にさらに分けられる。

睡眠異常は、睡眠の量や質、または時間的調節の異常である。これには、原発性不

illustration／安芸良

眠症（寝つきや寝起きが異常に悪い）、原発性過眠症（過剰な眠気）、ナルコレプシー（急に眠ってしまう発作）、睡眠時無呼吸症などの呼吸関連睡眠障害、また睡眠相遅延症候群などの概日リズム睡眠障害などが含まれる。

睡眠時随伴症は、睡眠、特定の睡眠段階、または睡眠と覚醒との移行に関連して起こる異常な行動的、生理的な出来事である。これには、悪夢障害、夜驚症、睡眠時遊行症などが含まれる。

次に、ほかの精神疾患に関連した睡眠障害であるが、これは**不安障害**、**うつ病**などさまざまな精神疾患の結果として生ずる睡眠障害の顕著な訴えであり、特別な臨床的関与に値するほど重症なものである。今日、うつ病の増加傾向が指摘されているが、うつ病にはしばしば早朝覚醒、熟眠障害といった特有の睡眠障害がみられる。

一般身体疾患による睡眠障害は、痛みなどの一般身体疾患の直接的な生理学的作用の結果として生じ、治療的対応を要するほど睡眠障害の顕著な訴えである。

物質誘発性睡眠障害は、睡眠障害の顕著な訴えで、麻薬などの物質（医薬品も含めて）の使用が時期として一致するか、もしくは使用の最近の中止の結果として生ずる。不眠や過眠、睡眠時随伴症などがみられる。

これらのそれぞれの睡眠障害には、好発する年齢が認められる。それは、睡眠覚醒状態の生物学的な成熟と心理学的な発達の両方に関係した発達的要因と影響し合っている。つまり、乳児期はレム睡眠（夢をみる睡眠段階）が優勢であり、レム睡眠は覚醒と関係するので、乳児は睡眠の持続に関係した睡眠異常を呈することが多い。就学前や学童期では、ノンレム睡眠が優勢であり、ノンレム覚醒睡眠時随伴症が深睡眠からレム睡眠に移行する時期に起こりやすい。青年期は、睡眠の量が減り、睡眠覚醒スケジュールを狂わせ概日リズム睡眠障害がみられやすい。

ここで、子どもの睡眠障害の例を一つあげておこう（ケースはプライバシー保護のため、多少改変してある）。

六歳、小学校一年生の男児のケースである。

家族は、大企業に勤める父親と公務員の母親、三歳年上の姉の四人家族である。

妊娠、周産期に特記すべきことはなかった。とくに著しい疾患もない。けいれんの既往はない。扁桃肥大（アデノイド）などはなく、いびきをかくこともない。乳児期は、あやすとよく笑い、夜間もよく眠った。二歳頃からよく動きまわり、どこでも走りまわったりよじ登ったりした。しかし、話しかけるとよく聞いていたし指示にも従えた。子ども同士でも仲良く遊んだ。暗い所やひとりでいることを怖がり、母親の傍（わき）を離れないこともあったが、すぐにまた元気に遊んでいることも多かった。

▼ケース　夜、急に起きてくる

小学校に入学し、緊張することは多いようだったが、友人と外で遊びまわるのが好きだった。

夏休みに、子どものための映画を見にいった日の夜、入眠後二時間ほど経ったとき、急に起きあがり部屋の戸のところまで歩いていった。母親が気づいて呼びかけたが、暗いほうを見て「怖い、怖い」と言う。ベッドに戻るよう手を引くと「そっちじゃない、そっちじゃない」と泣いた。抱いてベッドに戻すとしばらくして再び眠った。翌朝、本人はそのことを覚えてないという。同じようなことが、外出をして疲れた日の夜や運動会の練習の日の夜、怖いテレビ番組をたまたま見た日の夜などにみられた。

寝つきは良く、睡眠時間に変化はなく、朝も元気に起きて活動的であるとのことだった。

相談を受けたが、睡眠時遊行のエピソードと考え、不安を感じさせるようなストレスや疲労を避けるようにして経過をみた。

睡眠時遊行症（夢中遊行）は、先にもふれた睡眠時随伴症の一つで、上記のようなエピソードをもつが、睡眠時遊行症と診断する場合は、睡眠遊行が臨床的に著しい苦痛や、社会的、職業的、またはほかの重要な領域における機能の障害を引き起こしているときである。

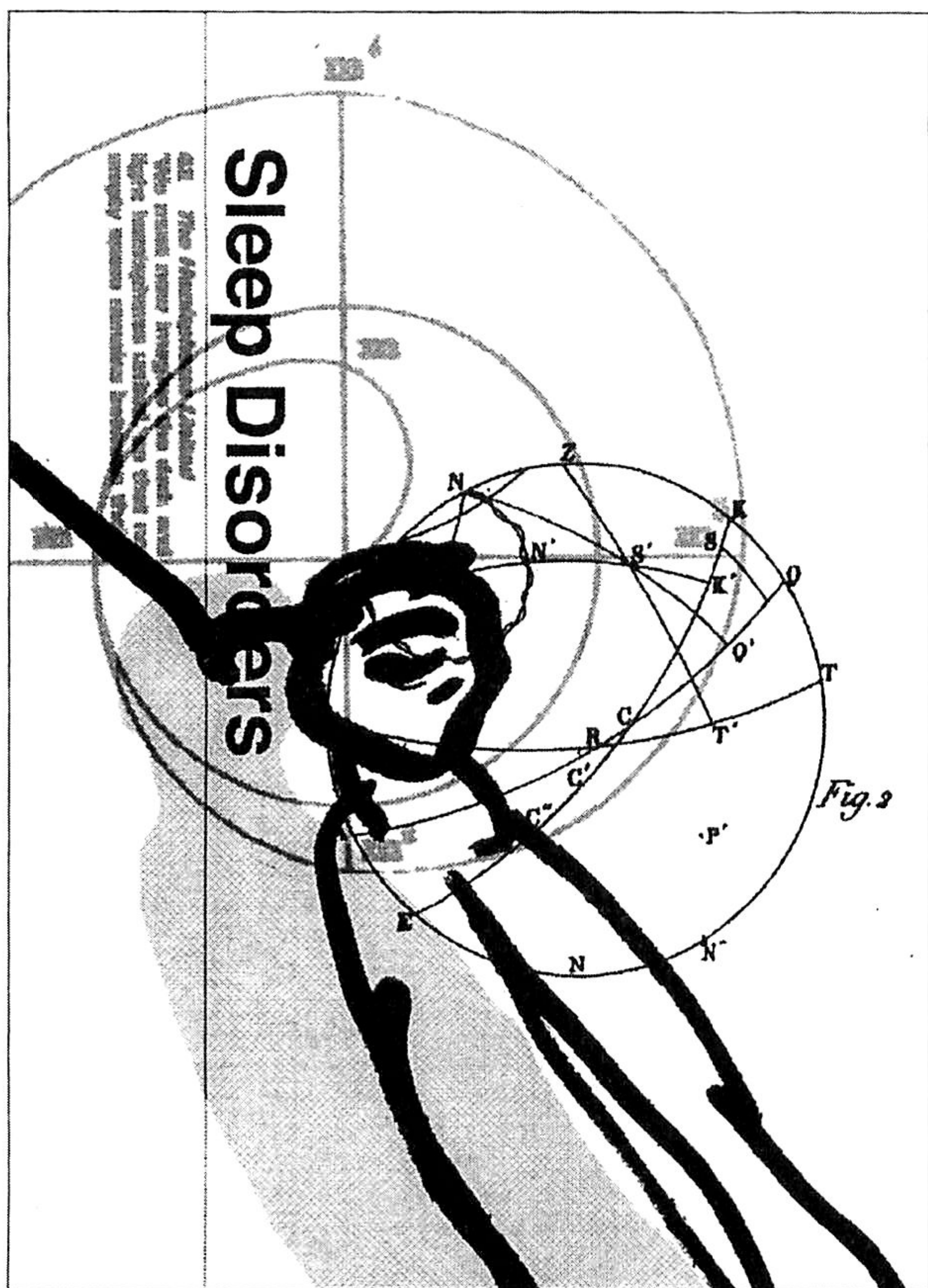
このケースの場合、学校生活などには影響がないと考えられ、年齢も若年であるため睡眠遊行のエピソードと考えた。就学前や学童期では睡眠遊行が起こりやすい。児童の睡眠遊行は、青年期早期になると自然にみられなくなることが一般的である。エピソードは睡眠の初めの二、三時間のうちのノンレム睡眠第三、四段階のときに始まる。ノンレム覚醒睡眠時随伴症は深睡眠からレム睡眠に移行する時期に起こりやすい。

鑑別診断としては、すでに述べたように睡眠時遊行症と睡眠遊行エピソードとの区別をすべきである。しかし睡眠時遊行症と

睡眠遊行エピソードとの違いは、はっきりしたものではない。そのほか、夜驚症、呼吸関連睡眠障害、**レムM睡眠行動障害**、睡眠関連てんかん、物質誘発性睡眠障害、**解離性遁走**、および詐病をも鑑別しなくてはならない。

先にあげたケースは、その後の経過は良好であった。心理的な不安が時間とともに軽快し、睡眠遊行エピソードの頻度も減少していった。

睡眠障害の最近のトピックス

ここで、近年注目されているいくつかの睡眠をめぐる問題について触れておこう。

睡眠時無呼吸症候群は、原発性睡眠障害のうちの睡眠異常の一つに分類されている。睡眠時無呼吸症候群は、過眠、不眠、いびきなどを主症状として、睡眠時に上気道の閉塞や、中枢性の呼吸調節障害による換気停止が動脈血酸素飽和度の低下を伴って反復して起こる症候群である。いびきは中年者の二〇%にみられるが、その人自身の健康や日中の作業能力にも影響する。中年男性に睡眠時無呼吸が起こることが多い。肥満により頸の脂肪が上気道を圧迫し、この症候群を引き起こすと考えられている。

睡眠・覚醒リズム障害（概日リズム睡眠障害）は、やはり原発性睡眠障害のうち睡眠異常の一つに分類されている。患者の体内における睡眠覚醒のスケジュールと環境から要求される睡眠覚醒リズムが合っていないために、睡眠が中断されることが持続的あるいは繰り返し起こるパターンである。また、慢性の睡眠覚醒リズム障害も、近年注目されており、潜在的にこれらの障害で

悩んでいる人々も多いようだ。青年期には、生理学的に睡眠の必要が増し、一方では睡眠覚醒スケジュールを狂わせ睡眠の量が減る。そして、概日リズム睡眠障害がみられることがある。青年は夜遅くまで起きているようになり、寝不足を週末の睡眠で補うようになる。短時間の睡眠に続いて長時間の睡眠をとることは、生物時計を狂わせる。そのため、概日リズム睡眠障害となりやすい。

わが国における児童青年期の問題として、長く**不登校**の問題が注目されているが、そのなかに**睡眠相遅延症候群**（概日リズム睡眠障害の一種）が時に含まれているといわれている。一方で、不登校児も昼夜逆転の生活をすることはよく知られており、彼らもまた生物時計を狂わせる危険をはらんでいる。

ところで今日、児童精神医学の問題の一つとして**注意欠陥多動障害**が注目を集めている。注意欠陥多動障害の子どもの両親は、これらの子どもにさまざまな睡眠の問題があると訴えることが多い。注意欠陥多動障害に睡眠の問題が多いのは、注意欠陥多動障害固有のものであるのか、心理的障害の影響であるのかは確定されてはいない。注意欠陥多動障害では、睡眠潜時が長いこと、レム潜時（寝つきからレム段階に入るまでの所要時間）の長いこと、および睡眠時の身体の動きが多いことが指摘されているが、これらはまだ一致した見解とはみなされていない。アメリカなどでは、注意欠陥多動障害は人口の五％程度にみられるといわれており、今後わが国でも問題となる可能性がある。

＊

これまで述べてきたように、睡眠障害はさまざまな原因によって起こるため、治療する場合、まずその原因を明確にすることが必要である。とりわけ近年、うつ病による睡眠障害が多くみられる。

こうした場合、うつ病に対する治療とともに適宜睡眠薬を使用していく。原発性の睡眠障害には、その原因により、睡眠薬、精神療法などが行なわれる。睡眠薬を使用することに不安を示す患者さんも多いが、近年の睡眠薬は安全性の高いものであり、睡眠薬の服用に不安を感じる必要はないであろう。

睡眠は、睡眠のメカニズムや睡眠の年齢的発達を考えるとともに、そのほかの睡眠に関連した精神障害、身体疾患、物質を考慮しなければならず、なお個人の置かれている環境や文化にも広がる問題である。

[参照]
▼不安障害（60頁）、うつ病（184頁）、レム睡眠行動障害（146頁）、解離性遁走（172頁）、注意欠陥多動障害（124頁）

ブックガイド

「**睡眠時無呼吸症候群**」『**神経研究の進歩**』39 岡田保、粥川裕平、早河敏治、野田明子、深津博、太田龍朗　医学書院

「**睡眠覚醒リズム障害**」『**神経研究の進歩**』39 内山真、大川国子、尾崎茂、白川修一郎、中島亨　医学書院

コラム⑧

心因・外因とはどういうこと?

成田 毅

精神医学の本を読んでいると、必ずといっていいほど「心因・内因・外因」、あるいは「器質性・機能性」といった用語に出くわす。本書でも、たびたび登場しているので、初めての読者の方々のためにちょっと解説しておこう。

「因」という字がついているから、これらは病気の原因がどこにあるのかということを示している。つまり、精神分裂病や躁うつ病といった病名とは違うものだ。**外因**というのは、病気や症状が身体に原因があって起こる場合とされる。脳の病理によるものであったり、ある種の中毒であったり、また遺伝性による病気ということになる。

一方、**心因**は逆に身体によらないで、心理的な要因から引き起こされる病気だ。何かある事件や出来事によって、不安や抑うつ状態に陥ったり、強迫的な行動をとってしまうなどさまざまある。昨今話題になっているPTSD(心的外傷後ストレス傷害)も、心因性といってもいいだろう。

問題は**内因**である。結論から言えば、「外因」とも「心因」とも言いきれない場合、「内因」ということにしているのだ。そこには、体質や遺伝性が疑われたり、自家中毒や未知の脳の障害と思われるものが含まれる。したがって、ちゃんとした原因がわかれば、「内因」からは除外されることになる。その病気がひとりでにその人の内側から起こってきたもの、という言い方になるだろう。

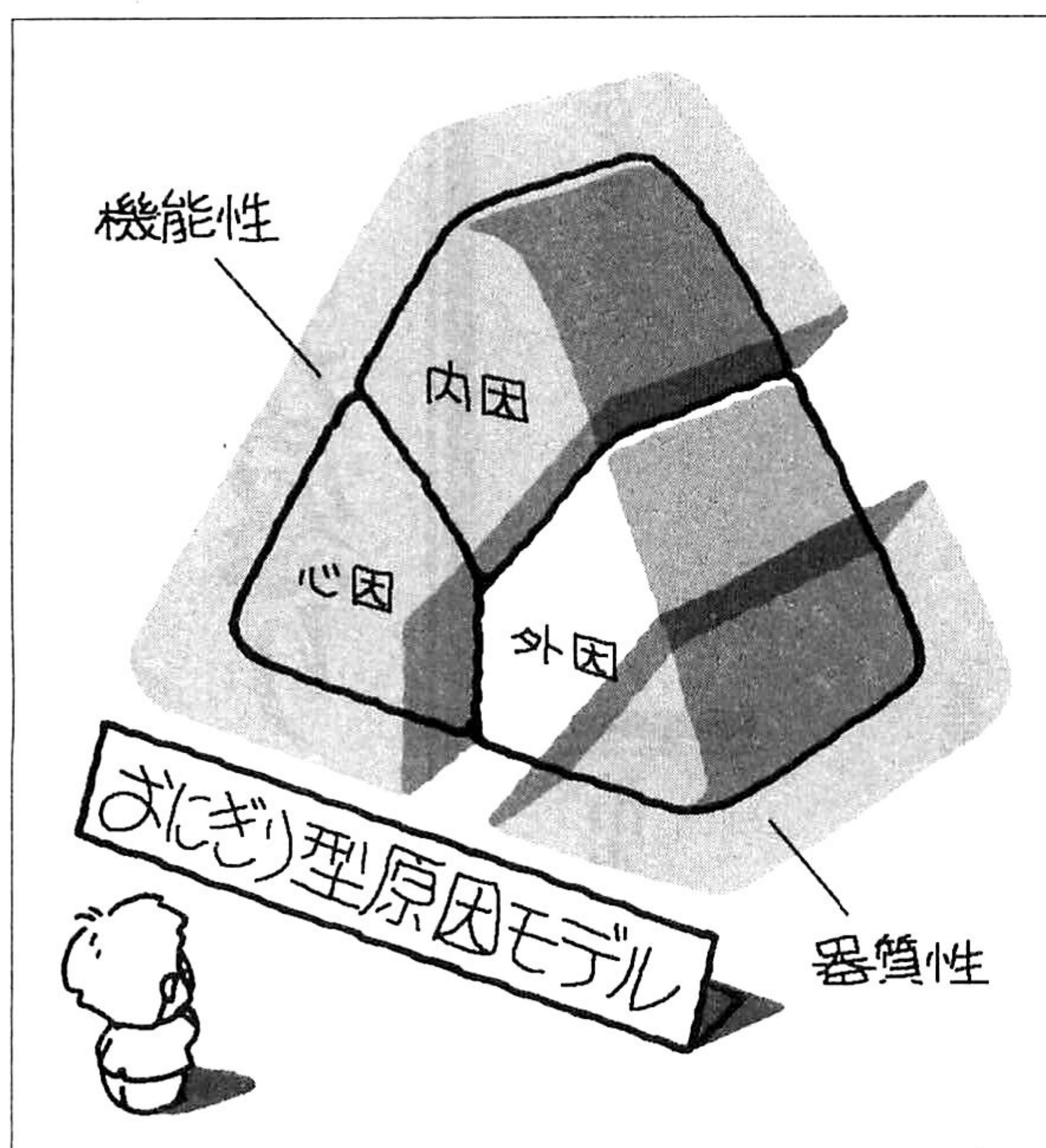
これら「心因・内因・外因」とまったく別の病気のとらえ方がある。というよりは、病気に対する違う視点ということもできよう。「器質性・機能性」というのがそれだ

器質性というのは、脳自体の病理によって起こる病気で、先の「外因」のうちの脳の場合ということになる。頭を強く打ったりして外傷になったり、腫瘍や脳の血管が切れてしまってさまざまな障害をもつ場合もこれに含まれるのだ。

また、**機能性**はそういった「器質性」の変化がみられないものをいう。精神分裂病や躁うつ病などがこれに入り、先ほどの「心因・内因・外因」でいうと、「心因」と「内因」ということになる。

ごく大ざっぱだったが、わかりましたか?

illustration／工藤六助

レム睡眠行動障害（REM Sleep Behavior Disorder）

目覚めると消える異常な怒り

多くの場合、
異常行動の時期に体験していた夢の内容を想起することができ、
その夢の内容と、患者が示した異常行動はよく符合する。

清水徹男

レム睡眠行動障害（ＲＢＤ）は読者にとっては聞き慣れない言葉だろう。この概念は比較的最近に、Ｃ・Ｈ・シェンクらによって提唱された新しいものである。読者は「夢中遊行」や「夢遊病」という言葉なら、聞き覚えがあることと思う。しかし、実は「夢中遊行」や「夢遊病」は、夢の精神活動とは密接な関連を持たないのだ。というのも、これらは行動したときの夢内容自体まったく憶えていないからだ。夢の中での行動が実際に表出される現象を真の夢中遊行とするならば、レム睡眠行動障害こそが真の夢中遊行と呼ぶにふさわしい現象である。このことを理解するためには睡眠の生理学についての基本的な知識が必要になる。

ここでは睡眠についての基本的な事柄を紹介し、次いで、レム睡眠行動障害のケースを紹介しつつ障害の解説を行なうことにする。

睡眠のメカニズム

人の眠りは**レム睡眠**と**ノンレム睡眠**から成り立っている。目覚めているときと比べて、ノンレム睡眠の時期にはその眠りの深さに対応して脳波は遅くなり（徐波化）、最も深いノンレム睡眠の時期の脳波には連続的に電位の高い遅い脳波（〇・五〜二Hz：睡眠徐波）が出現する。この時期には血圧、脈拍数、呼吸数も減少する。全身の筋肉の

緊張は低下するが、おとがい筋の緊張が消失することはない。入眠の時期に現われる緩やかな振り子様の眼球運動を除いては、ノンレム睡眠の時期には眼球は動かない。

一方、レム睡眠には、その時期の脳波の徐波化の程度が軽く、ノンレム睡眠のうちのいちばん浅い睡眠段階に相当するにもかかわらず、目覚めさせるのに必要な外部からの刺激の強度を指標とすると、ノンレム睡眠のかなり深い睡眠段階に相当するという特徴がある。このことから、レム睡眠を逆説睡眠と呼ぶことがある。複雑で鮮明な「夢」は、もっぱらレム睡眠の時期に体験される。レム睡眠の時期には**急速な眼球運動**(rapid eye movements；REMs：レム睡眠の名称はこのREMsに由来する。また、ノンレム睡眠の名称はレム睡眠以外の睡眠という意味を持つ)が頻繁に出現することも特徴的である。過去にはこの眼球運動は夢の中での対象を目で追いかけることによって出現するという仮説が提唱されたが、現在ではこの仮説は信用されていない。

しかし、同じレム睡眠のうちでも急速眼球運動が頻繁に現われる時期に、より鮮明で情動的な内容の強い夢が体験されているようだ。このようにレム睡眠は夢と密接な関連を持つ睡眠状態であるが、正常人ではいかに激しい行動内容を伴う夢を体験していても、身体が実際に動くことはない。それは、この時期にはおとがい筋を含む全身の骨格筋の緊張がほぼ完全に失われるためだ。この筋肉緊張の抑制は、夢を見ている人間が夢の内容に反応して行動し、その結果、ものに衝突して負傷したり、目覚めてしまうことを防ぐいわば〝安全装置〟の役割を果たしている。この安全装置が正常に作動しなくなった状態がレム睡眠行動障害だ。

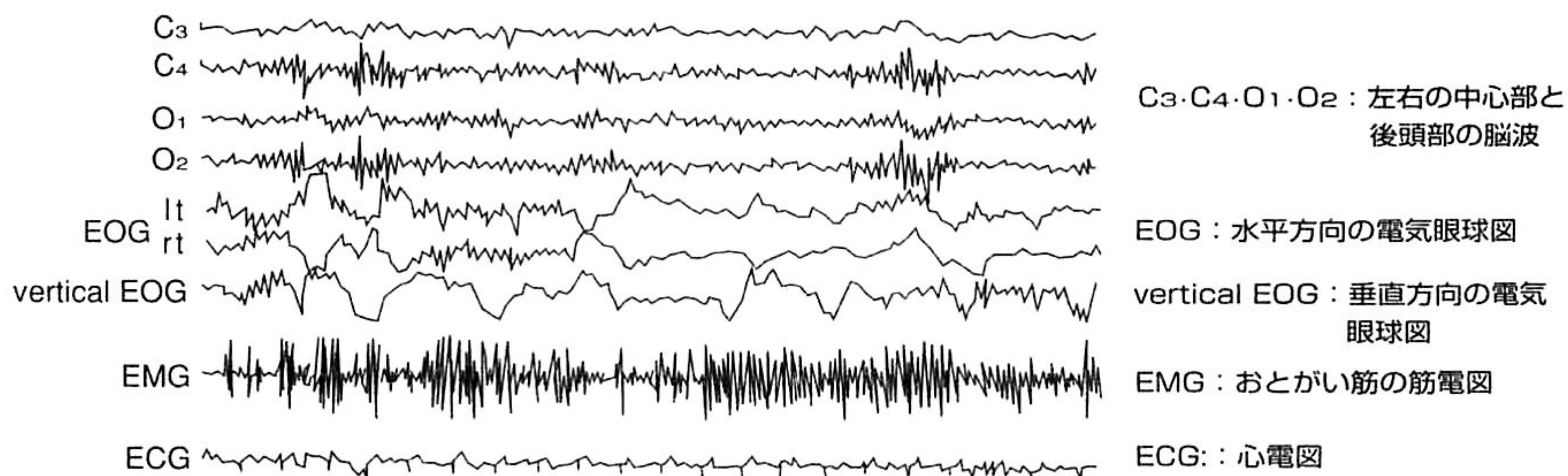
一晩の睡眠はまずノンレム睡眠から始まり、ノンレム睡眠が約九十分前後続いた後、初めてレム睡眠が現われる。その後はレム睡眠とノンレム睡眠が交互に約九十分の周期で交代して現われる。したがって、一晩の眠りのうちには四～五回のレム睡眠が出現することになる。一回のレム睡眠の持続時間は数分から数十分であり、朝の目覚めの時刻が近づくにつれ、レム睡眠の持続時間が長くなることが知られている。

▼ケース　眠りながら家具を引きずる

若い頃より、約二合の晩酌を嗜んできた。約二年前から、二～三カ月に一度の割合で、夜間の入眠から数時間経過した後に、急に大声をあげたり、突然に寝床から起きあがって、寝床のそばにある家具を引きずり回したりする異常行動が生じるようになった。異常行動の持続は数分以内であり、自らの発した物音、家具などに衝突した刺激、妻の呼びかけなどによって患者が目覚めると、異常行動はただちに中断した。異常行動の内容は、直前に患者が体験していた夢の内容とよく一致していた。

図　夜間睡眠中に出現した stage 1−REMのポリグラフ記録

C3
C4
O1
O2
EOG lt rt
vertical EOG
EMG
ECG

C3·C4·O1·O2：左右の中心部と後頭部の脳波
EOG：水平方向の電気眼球図
vertical EOG：垂直方向の電気眼球図
EMG：おとがい筋の筋電図
ECG:：心電図

脳波には、NREM睡眠のstage1やREM睡眠期と同様に、低振幅のさまざまな周波数の波が混在するパターンが現れている。REM睡眠期にみられるのと同様の急速眼球運動が高頻度に出現しているが、REM睡眠期とは異なって、おとがい筋には持続的な筋活動がみられる。一過性に筋活動が高まる時期に一致して、患者は大声で寝言を喋った。脳波記録と電気眼球図には、一過性の筋電図の混入がみられる。

たとえば、患者が上肢を振り回しながら大声をあげたときに妻が呼びかけて患者を起こすと、患者は「手を振りあげて従業員を叱りとばしている夢を見ていた」と語った。睡眠中の異常行動の頻度は次第に増加し、受診の半年前からは一週間に一〜二度の割合でみられるようになっていた。異常行動の頻度と程度は、普段よりも飲酒の量が多いときに増す傾向がみられた。

内科的、精神医学的、神経学的にはなんの異常所見も見出されなかった。安静覚醒時や睡眠時の脳波にも異常所見はなかった。頭部のX線CT（コンピュータ断層法による画像診断）でも異常は検出されなかった。

彼の夜間睡眠では通常のレム睡眠に加えて、おとがい筋緊張の抑制を欠く異常なレム睡眠（われわれは、この睡眠段階をstage 1-REM with tonic EMG, 略してstage 1-REMと呼んでいる）が頻繁に出現した。検査時には、患者の睡眠中に、人を叱責するような激しい口調の寝言と、それに伴って両上肢を振り回したり、両手で寝具をまさぐるなどの異常行動が観察された。このような異常行動は、stage 1-REMの時期に限って出現した。

図は、この患者にみられた異常行動が出現した時期のstage 1-REMのポリグラフの実例である。脳波には通常のレム睡眠の時期と同様に低振幅のさまざまな周波数の波が混在するパターンが現われ、レム睡眠の時期のものと同様の急速眼球運動が出現している。しかし、生理的なレム睡眠とは異なって、おとがい筋緊張は失われていない。

この記録では、おとがい筋の筋電図に持続的な筋放電がみられるだけではなく、一過性の高電位の筋放電がしばしば混入していた。この一過性の筋活動の高まりに一致して、患者は大声で寝言をしゃべったり、両上肢を振り回した。

症状にはどんな特徴があるか

レム睡眠行動障害（RBD）による異常行動は、おとがい筋緊張の抑制を欠く異常

なレム睡眠、つまりstage 1-REMの時期に生じるので、通常のレム睡眠の出現様式と同様に、入眠直後の時期に起こることは少なく、多くの場合は深夜から明け方の時期に生じる。異常行動の起こる頻度は患者によって異なり、月に数回しか異常行動を起こさないケースから、毎晩、数回繰り返すケースまで多彩である。

異常行動の内容と程度も患者によって異なり、寝具や寝間着をまさぐったり大声で寝言をしゃべるという程度の軽症のものから、起きあがり、走り回って家具などに衝突したり、傍らに眠る配偶者に暴力を振るうものまである。その異常行動は、自らの発した物音や家具などに衝突した感覚刺激、あるいは配偶者の呼びかけなどによって患者が目覚めると、ただちに中断し、目覚めた後の患者の意識は通常は清明であるという特徴がある。多くの場合、患者は異常行動の時期に体験していた夢の内容を想起することができ、その夢の内容と、患者が示した異常行動はよく符合する。

たとえば、妻が熊に襲われているのを助けようとして熊と格闘している夢を体験していた患者は、実際には眠っていた妻の上にまたがって、その首を絞めようとしていたというケースが報告されている。アメリカではＲＢＤによる異常行動の際に大ケガを負ったり、配偶者にケガを負わせたとする報告が多数あり、ＲＢＤは裁判医学の対象として重要であると、法律家や臨床医に注意を促している論文がみられる。アメリカ睡眠障害連合会による睡眠障害国際分類のＲＢＤの診断基準を表に示す。

ＲＢＤの一般人口での頻度は不明であるが、報告されている限りでは、ＲＢＤの頻度は男性に圧倒的に高い。通常は五十〜六十歳代に発症することが多いが、どの年齢にも生じうる。

ＲＢＤにはなんら基礎疾患の見出されない**特発性**のものと、脳幹部の腫瘍や、脳の変性疾患などの**器質性**病変がみられる症候性のものがある。特発性のＲＢＤは、通常、高齢者にみられ、ＲＢＤの約六割を占める

表　診断基準：レム睡眠行動障害

A.暴力的あるいは傷害を引き起こす睡眠中の行動の訴え。

B.夢の精神活動に伴う四肢あるいは体幹の動き。

C.以下のうち少なくとも１項目：
1.危害を加える、あるいは危害を加える恐れのある睡眠行動。
2.夢が「行動化」したようにみえる。
3.睡眠行動が睡眠の持続を妨げる。

D.睡眠ポリグラフで、以下の電気生理学的な検査のうち少なくとも１項目がレム睡眠中にみられる：
1.顎の筋電図の緊張が過度に増加する。
2.顎の筋電図活動とは関わりなく、顎あるいは四肢に挿話性に過度の筋電図上の筋攣縮がみられる：さらにレム睡眠中に以下の臨床所見のうち１つ以上がみられる。
3.四肢あるいは体幹の過度の早い体動(body jerking)
4.複雑、活発あるいは暴力的な行動。
5.その障害に伴うてんかん活動の欠如。

E.精神障害に伴うものではないが、神経疾患に伴う場合がある。

F.他の睡眠障害が存在してもよいが、その行動の原因ではない。(例：夜驚症、睡眠時遊行症)

最小限基準：**B＋D**

と推測されている。

しかし、発症当時には特発性のＲＢＤと診断されていたケースが、経過を観察しているうちにパーキンソン氏病などの脳の変性疾患を発症する頻度が高いとの報告もある。さらに、慢性アルコール中毒患者の離脱（連用の中断）時や、睡眠薬からの離脱時に一過性にＲＢＤと区別しがたい睡眠中の異常行動が生じることもある。また、**心的外傷後ストレス障害**（ＰＴＳＤ）によってＲＢＤ様の睡眠時の異常行動が生じることも報告されている。

このように、ＲＢＤの原因は多彩で、その病態生理学的なメカニズムも単一でない可能性が高い。

ほかの疾患との違い

主として小児にみられる夢中遊行症は、深いノンレム睡眠から起こる異常行動なので、深いノンレム睡眠が現われやすい入眠後の一時間以内の時期に起こることが多いし、夢中遊行の時期の患者を覚醒させたときには明瞭な夢の内省を得られることはほとんどない。夢中遊行の際の患者には多少の認知・判断能力があり、扉を開けたり、階段を下りたり、時には運転をするなどのかなり複雑な行動をとることがある。一方、ＲＢＤの患者の外界認知能力はきわめて低く、そのためにものに衝突したり転倒する危険が大きい。

せん妄状態との鑑別は最も重要である。せん妄状態は、軽度の意識障害に幻覚（とくに幻視）や精神運動不穏などが加わったもので、夜間にのみ発現したり、夜間に増悪する（夜間せん妄）という特徴がある。ＲＢＤの異常行動は、患者が目覚めるとただちに中断し、目覚めたときの患者の意識と見当識は正常であることを手がかりとすれば、ＲＢＤとせん妄の鑑別に苦慮することはない。ただし、**痴呆**を持つ患者では両者の区別は必ずしも容易ではなく、ＲＢＤによる異常行動が引き続きせん妄に移行することも稀ではないと考えられる。

睡眠中に起こる精神運動発作などのてんかんとの鑑別も重要である。昼間の覚醒時になんらかのてんかん発作がみられないことと、脳波にてんかん性の異常脳波が出現しないことが鑑別のためには必要である。

なぜＲＢＤになるのか

ＲＢＤの動物モデルとして、レム睡眠の際の筋肉緊張抑制を司る神経構造（脳幹部の橋被蓋部）を両側性に破壊したネコの実験成績がある。そのような手術を受けたネコは、レム睡眠になるたびに身体を起こしてあたかも夢を見てそれに反応するかのように、現実には存在しない対象に対しての注目、威嚇、攻撃あるいは逃亡などの夢幻様の行動を起こすことが知られている。この実験は、ネコもレム睡眠の時期に夢を体験していることの証拠ともなっている。脳幹部に病変を持つ患者にみられるＲＢＤは、ネコの場合と同様に、橋の被蓋部に存在するレム睡眠の時期の筋緊張抑制を司る神

illustration／ツツミエミコ

経機構の破壊によって生じたものであろうと考えられる。

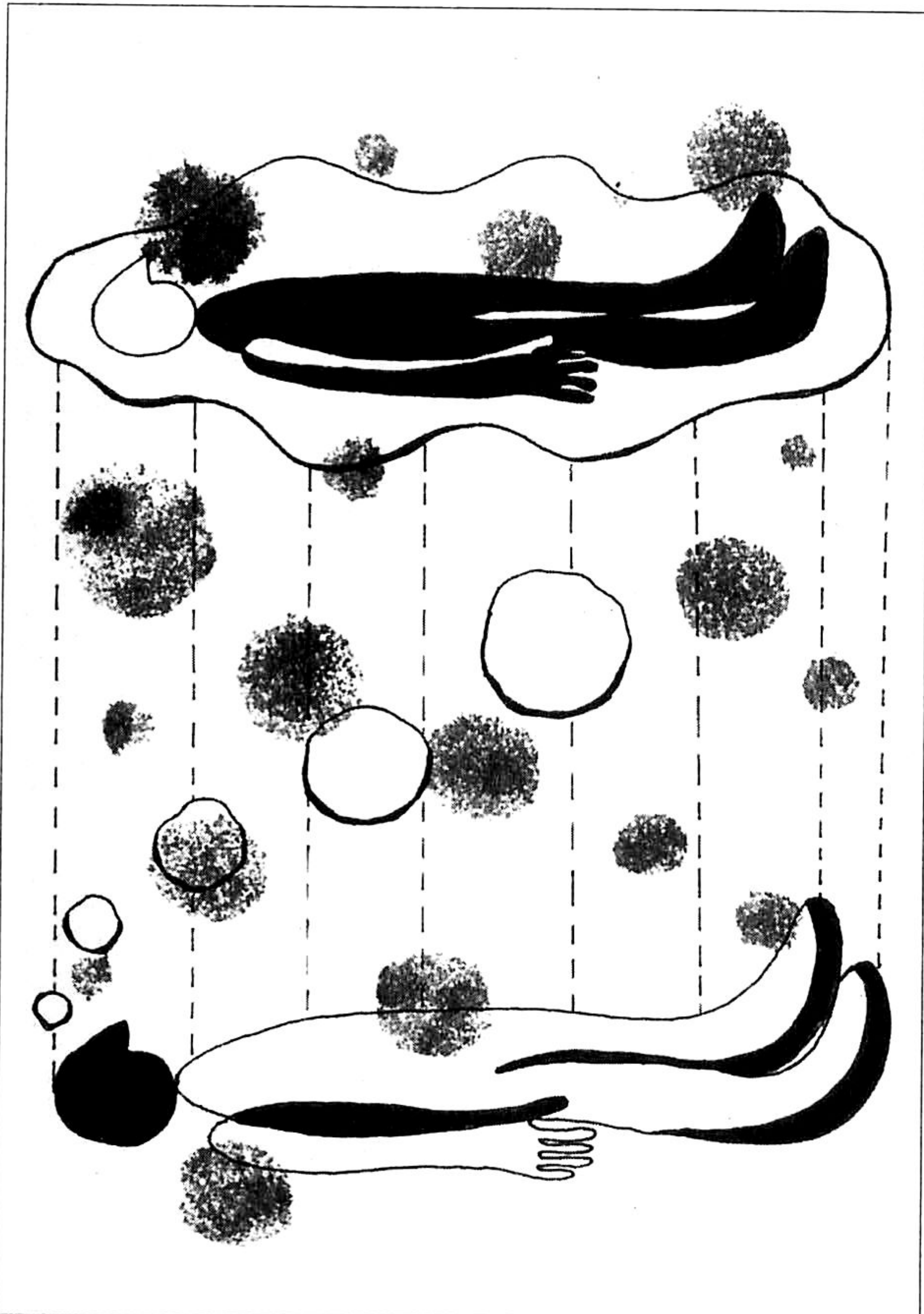
一方、特発性のRBDの発現のメカニズムは不明である。しかし、特発性RBDにおいても橋の被蓋部に存在するレム睡眠の時期の筋肉緊張抑制機構になんらかの器質的障害が潜在的に存在している可能性は高いものと考えられる。ただし、強いストレスに暴露されている時期にのみ、一過性にRBDを呈したケースの報告や、PTSD患者にRBD様の症状がみられるとする報告は、RBDが機能的、可逆的な要因によっても発現しうることを示唆している。この機能的な異常がいかなる機序でRBDを発現するものかという点は不明である。

夢の中での行動が実際に表出されることが本来の夢遊病であるとするなら、RBDこそがその名にふさわしい病態であるといえよう。RBDは脳疾患の症候でありうること、重症例では自傷他害の恐れがあること、有効な治療法（ベンゾジアゼピン系抗てんかん剤の一種であるリボトリールの服用）が存在することなどの理由から、RBDが疑われる患者は睡眠障害を専門的に扱う医療機関に受診させるべきである。

［参照］
▼睡眠障害（140頁）

ブックガイド

「レム睡眠行動障害とせん妄」『臨床精神医学』24
清水徹男　国際医書出版
「老年者の『夢遊』」『臨床脳波』32
杉田義郎、立花直子、寺島喜代治ほか　永井書店
「夜間睡眠中に夢遊病様の異常行動を反復して示した高齢者の症例」『老年精神医学』1
清水徹男、粉川進、飯島壽佐美ほか　情報開発（研）

アレキシサイミア(Alexithymia)

感情を表わせないもどかしさ

自分の感情を正確に見極めることができないため、情動的な苦痛を人に伝えることがきわめて稚拙である。

福西勇夫

一九七三年に精神科医のP・E・シフネオスは、いわゆる古典的心身症患者に対する精神分析的な精神療法を通じて、「アレキシサイミア（alexithymia：語源はギリシャ語。a=欠如、lexis=言葉、thymos=情動）」という概念を提唱した。これは、

（1）感情を認識し、感情と情動の身体感覚を区別することの困難さ

（2）他者の感情について語ることの困難さ

（3）空想の貧しさに明らかな制限された想像過程

（4）刺激に規定された外面性志向の認知様式

などの臨床的な特徴があるとき、アレキシサイミアと定義される。

アレキシサイミアの概念は、いわゆる古典的心身症患者の臨床での観察から生まれたが、一九八〇年代までの論文では、アレキシサイミアは心身症の病前性格として注目されることが多かった。しかし、その後の研究では、必ずしも心身症に特異的な性格特性ではないとする意見が相次いだ。たとえば、**心的外傷後ストレス障害**や**物質使用障害**をはじめとしたさまざまな精神障害に見られるという報告、身体疾患患者のストレス反応としても同様の臨床的特徴が観察されるとする報告が見られた。今では、アレキシサイミアは境界の明確な（全か無か）現象ではなく、一般にも見られる次元的概念（あるいは人格特徴）として定義されることが多い。

アレキシサイミアの人々は、自己の主観

的感情を正確に見極めることができないため、情動的苦痛を人に伝えることがきわめて稚拙で、他者を援助や慰めの提供者として引き込むことができない。主観的感情を認識したり述べたりする能力に限りがあることは、感情発達の中で前概念的レベルから精神表象という概念レベルに情動を引き上げられないこととつながる。アレキシサイミアの人々は、自分自身の情動的体験をあまり把握していないために、自分をほかの人の状況において想像することが容易にできない。したがって、非共感的で他者の情動状態を和らげる力もない。

彼らは、不快な情動状態から生じた緊張を衝動的行為あるいは過食、薬物乱用、倒錯した性行動、**神経性食欲不振症**の**拒食**といった強迫的行動によって発散させることもある。分化しない否定的感情に陥りやすいほかに、喜び、幸福感、愛情といった肯定的な感情を体験する能力のうえでも貧困さが見られる。

なぜアレキシサイミアになってしまうのか？

アレキシサイミアの成立については多くの要因が関与していると考えられているが、初期の発達上の欠損を強調した論文が多い。感情や感情制御能力の発達は、人生の初期に養育者と感情を共有し合ったり感情表現を「鏡映」してもらったり、それに引き続いて、楽しくふざけ合うようなやりとりをしたり、感情の名前や感情について語ることを教えられたりすることにより促進される。養育者が感情的反応に欠けている場合や、親が誤った「同調」をするために子どもが一貫性のない反応で繰り返し応じられたりした場合、その子どもは感情発達や感情制御の発達に異常をきたすという報告が散見される。もし赤ん坊の感情的手がかりが常に拒絶されたなら、赤ん坊は回避的な行動を取るようになり、肯定的感情・否定的感情のどちらも表現しなくなり、感情の意味や標識としての機能を学ぶことができなくなる。不安定―回避的乳児の母親は、彼女たち自身、情動表現が少ないことが多い。一貫しない反応を体験した乳児は、不安定―回避的アタッチメント（愛着）様式を発達させ、情動的苦痛の制御が困難になる。

母親のなかには、子どもが移行対象（子どもの内的な世界と外的な世界との橋渡しをする物。たとえば、やわらかい毛布など）を作りだすのを妨害する人がいる。これは、子どもがそれの先駆けとなるような対象を使用しようとするのを禁止したり、自分たちのみが子どもにとって満足源となるように仕向けたりすることによってなされる。このような母親の侵入的行為によって子どもの中で想像活動が出現することが抑えられ、大切な感情制御能力の発達が阻まれる。移行対象との関係を体験しないために、こうした子どもたちは、感覚対象あるいは自己感覚刺激的活動――たとえば身体揺すり、過度の指しゃぶり、髪いじり、自慰行為など――に依存し続けることによって緊張を減らすようになることがある。感情制御の

このような原初的なやり方は、情動組織の前概念レベルの表われであり、これが青年期や成人期になると、感覚優位な行動、たとえば過度の喫煙やアルコール摂取、あるいは反芻や気晴らし食いや嘔吐といった、過食症者に見られるような行動というかたちを取る。

乳児期の不安定なアッタチメント様式やそれに関連した感情発達と感情制御の問題が、時に母親の**抑うつ**や**不安障害**、未解決の喪失体験・外傷に関係している。また、ひどい扱いを受けた子どもたちは感情や行動の制御に障害を生じる危険性があるという報告もある。このような子どもたちは、混乱／無方向性の、すなわち、子どもたちに安全感よりむしろ恐怖心を引き起こさせるような、おそらく自身が虐待された経験を持つ親たちに関連したアタッチメント様式を表わしている可能性が最も高い。虐待された子どもたちの感情制御の問題は、一部には親たちが感情の表出を許さず、情動やそのほかの内的状態を何という言葉で呼ぶのかを教え損なった結果であるかもしれない。最近の研究でも、幼児期に安心感を持たなかったり、家族環境が直接的な感情表現を許さなかったりした過去の体験報告とアレキシサイミアが関連しているという報告がある。

心的外傷も関係している

虐待された子どもの観察研究結果もある。アレキシサイミアは、感情が充分に脱身体化され、分化し、言葉で表象されるようになる以前に乳幼児が体験した心的外傷の一つの結果だという。乳児期の心的外傷には、感情発達や想像力の発達の停止、生涯にわたる無快感症、感情自体に対する恐怖などが含まれている。感情に対する恐怖の場合、子どもの心が未発達で未熟な状態にあるために感情が強烈すぎて外傷的なものとなってしまう。

アレキシサイミアはまた、児童期の心的外傷や、青年期ないし成人期に入ってからの破局的な外傷体験によっても生じることがある。感情発達はより進行しているものの、より年齢の大きな子どもや成人の自我も、外傷による出来事に圧倒され、その結果、感情はいち早く退行し、脱分化や脱身体化を起こす。成人生活においても、重篤な外傷は自我を圧倒し、**原抑圧**（幼児期にさかのぼる抑圧）を喚起してそれに伴う感情的機能の退行も引き起こす。

幼児期にアレキシサイミアが形成された場合、成人生活において彼らが確立する対人関係に強く影響する。彼らは顕著に依存的な関係を形成するが、こうした関係は相手を選ばない。彼らは独りでいることを好み、片っ端から人を避ける。こうした臨床的観察は、幼児期から**不安定―両価的アタッチメント様式**と**不安定―回避的アタッチメント様式**が持続していたことを示唆する。高度にアレキシサイミア的な人々は、感情を制御するのに、たとえば気晴らし食いであるとか、症状の身体化といったような口唇的・身体的様式に訴える傾向がある。

▼ケース　原因不明の痛み

三十歳男性患者である。小さい頃から胸に若干の変形があったが、その変形による呼吸器系や心血管系の障害はなく、すこぶる健康的に育った。本人もその変形を気にしていなかった。数カ月前から、胸が痛くてしかたなくなった。生まれてから三十年間、病気らしい病気をしていなかったので、びっくりしたという。本人は、胸の痛みは胸の変形に由来するものだと考えた。数日後、胸部変形の手術を求め、某総合病院一般外科外来を受診した。しかし、外科的診察や胸部レントゲン検査、血液検査などで異常所見はなく、手術する必要はないと指摘されるにとどまった。

彼は「胸がこれだけ痛いんだから、異常がないはずはない……これは先生が何かを見落としているに違いない」と考えるようになった。彼にしてみれば、どうしても外科医の指摘には納得がいかない。しかも、仕事中に突然痛みが起こることもあり、仕事になかなか集中できない。そこで彼は、あちこちの病院の外科や内科を受診した。けれども、どこの病院を受診しても同じことを言われるだけであった。

約二週間後のある日の深夜、激しい動悸が始まり、呼吸困難感を覚えたため、母親と一緒に救急車で近くの救急指定病院を受診した。検査では異常所見はなかったが、不整脈の疑いがあり、検査目的で内科に入院となった。彼は「ようやく自分の胸の痛みをわかってくれる先生が見つかった」とひどく喜んだ。また年齢に似合わず、母親に対する依存的な態度が目立っていた。

入院後はしばらくの間、母親が付き添いをしてくれたそうである。この救急病院でも、入院後に心臓カテーテル検査などの精密検査を相当数行なったが、やはり異常所見はまったく見出されなかった。主治医は彼の痛みをストレス性のものと判断し、神経科外来受診を勧めた。主治医の指示どおり、彼はしぶしぶ神経科を受診したが、処方された薬が合わないという理由で一回の受診で治療を中断した。その後も、胸の痛みは続いたため、その主治医のもとを再度受診したが、胸の痛みは改善されないため、しばらく病院へは行かずに自宅で我慢する日々が続くこととなった。

半年後、どういうわけか、われわれの関係する某大学附属病院を受診した。受診したのは精神科や神経科ではなく形成外科であった。彼の訴えはいつもと同じように「胸の痛みがあるので、胸の形成手術を受けたい」という内容であった。形成外科医は外科的な検査をしても異常は見出せないため、精神的なものによる痛みであると判断し、知り合いの精神科医に相談した。

精神科医は、まず最初に彼の言い分をじっくり聞いた。胸の痛みはひどく、しかもここ一年は痛みのために仕事ができないこともあり、早退させてもらうこともあると

いう。たしかに胸の痛みの訴えはかなり激しいようであるが、医学的な裏付けは得られていない。そのことについて尋ねると、「本当に痛いんだから、なんとかしてほしい」と繰り返すだけであった。

そこで少し視点を変えて、これまでの生活史を尋ねてみた。彼にしてみれば、胸の手術を求めて病院を受診しているにもかかわらず、どうしてこんなことになるのかと不満を言いたそうであった。彼の話を要約すると以下のようであった。家族構成は両親との三人暮らし。兄弟はいない。仕事はごく普通のサラリーマン。職場で友達と呼べる人はひとりもいない。学生のときも同様であり、友達はきわめて少ない。

ところが、友達が少ないことは全然気にしていない。むしろ人と話をするのは苦手なので、人と接しないほうが気が楽でいいと言う。休日は自宅で音楽を聴いたり、ファミコンで時間をつぶすことが多い。独身で、つきあっている女性はいない。結婚したいとも思わないし、ただなんとなく生きている。とくに夢とか生き甲斐もないと言う。自分のことを話している割には感情がこもっておらず、機械的に話しているだけのような感じであった。自宅では両親との間に会話らしきものはなく、仕事から帰宅してもすぐに自室に入るとのことであった。

総じて、対人関係はきわめて乏しい。人と会話することはあっても、表面的で最小限の会話しかしないようであった。喜怒哀楽を表面に出さない感じであり、本人に聞いてもニヤニヤするだけで、あたかも他人事のような話しぶりであった。

両親との関係を聞くと、両親ともに外向的で休みの日に家にいることはないので、話をする機会は少ないと言う。小さいときからいつも休日はそうであり、自分は外出するのが好きでないので留守番をすることにしているそうである。家でのんびりするのがいちばんいいと言う。母親は母親らしく家にいるほうがいいかと尋ねると、言葉は発しないが、〈Ｙｅｓ〉とうなずく。これまでに、けがや病気をしたときに母親はどういう態度をしたかと聞くと、「あまりかまってくれない。母親に女性らしさはない……」と言うだけである。しかし、「今回の救急病院の入院の際には珍しく付き添ってくれた」と、うれしそうにニヤニヤした。

意識化できない心の痛み

このように、前述したアレキシサイミアの定義は満たしていた。それだけでなく、対人関係が希薄で、自己そのものの表現能力は全体に欠如しているように思われた。精神医学的に問題な点は疼痛であるが、この痛みは情動表現の言語化能力が乏しいというアレキシサイミアな臨床的特徴と関連性があると推測された。

これまでにアレキシサイミアに関する学術論文は約三百ほど報告されているが、そのなかには本例のように、医学的原因不明の心理的な痛みとアレキシサイミアに関するものが多く含まれている。精神医学的には、情動でもって心の痛みを表現するのが

illustration／羽生春久

普通であるが、情動の言語化を不得手とするアレキシサイミックな人たちは心の痛みを身体の痛みというかたちで表現することがある。これは**身体化障害**というカテゴリーに属する精神障害の一つである。

厄介な点は、彼らが心の痛みを意識化していない点である。本例のように、身体症状を理由に内科や外科を受診することが少なくない。当然、医学的異常所見は見出されないし、本人は身体的に原因のある痛みであると確信している。

精神科的治療としては、心の無意識の領域に潜む痛みを顕在化させることで、身体的な痛みを軽減させるというカウンセリングを行なう。本例では母親に対する愛情欲求が満たされていない可能性が疑われた。母親は男性的であり、乳幼児期から今までの間に、母親らしい情緒的な愛情表現をわが子に伝えていない可能性がある。たとえ、母親が彼に愛情を注いでいたとしても、彼が母親との情緒的な関係の中で自己の情緒的な発達を充分に遂げることができなかったことは事実であろう。

コミュニケーションの大切さ

アレキシサイミアという臨床特徴は、乳幼児期の主たる介護者である母親との情緒

的コミュニケーションに関連しているために、成人後の精神療法はあまり有効でないとする報告が多い。つまり、成人後のアレキシサイミックな傾向を修正するには、情緒的な対人関係の再構築が必要であるが、それには相当の労力が必要であることは言うまでもない。

治療上、最も困ることは、患者自身がその種の精神科的な治療に対するモチベーションが希薄な点である。患者は情緒的な表現が充分にできないからといって、生活をするうえでとりたてて困っていないばかりでなく、情緒的な表現をめんどうくさがっていることも少なくない。本例においても、痛みの原因にアレキシサイミックな傾向が関与していることは確かだが、本人にしてみれば、そこまでの精神科的治療を受けるよりも、形成外科的な手術ですべてが解決するものと信じていた。本例は痛みという兆候が出ているうえに、親子関係は希薄でこれまでの親子関係で愛情らしきものを受けておらず、心のどこかで愛情欲求が激しく存在していることは確かなようであった。しかし、本人はそれさえも充分に気づいていなかった。

そこで母親に面接を行なうと、彼の言うとおり、母親は活動的で男性的な女性であり、わが子をあまりかまってやるようなことはなかったという。さすがに今回の痛み騒動には母親らしく相当心配したそうだが、彼にしてみればそれが相当うれしかったようである。痛みがあれば、母親がやさしく自分に接してくれるということは、それとなく感じているようであった。結論から言えば、乳幼児期から今までの間、母子間において情緒的なコミュニケーションが欠如しており、本人の情緒的な表現能力は著しく抑えられたままであったと推測される。

芽は乳幼児期にある

すでに述べたように、アレキシサイミックな傾向のある人は、本例のように、原因不明の痛みを訴えることもあれば、食行動異常というかたちで見られることもある。実にさまざまなかたちで現われる。

重要な点は、表出した臨床症状にとらわれることなく、そこに密接な関連性を示す乳幼児期の情緒的なコミュニケーションの欠如に気づくことであり、その結果として見られるアレキシサイミックな傾向を見逃さないことかもしれない。情緒面の発展は乳幼児期からすでに始まっており、そこでのつけが、成人後にいろいろなかたちとなって顕在化するのである。その一つがアレキシサイミアと呼ばれる臨床的特徴であり、場合によっては精神疾患のかたちで問題が顕在化することもある。

【参照】
▼神経性食欲不振症（160頁）、不安障害（60頁）

ブックガイド

『アレキシサイミア——感情制御の障害と精神・身体疾患』
G・J・テイラーほか　福西勇夫訳　星和書店

コラム⑨

妄想の主題は地域で違う?

成田 毅

妄想にはさまざまな主題がある。人それぞれの顔が違うように、妄想主題もその人の置かれている状況や生い立ちにまで関連したいろいろなものがある。

これら妄想の主題の違いを、多文化間精神医学的な視点として異文化との関わりで比較研究した精神医学者がいる。元、都立松沢病院の副院長で、現在、吉祥寺病院に勤務する藤森英之氏だ。

彼は、松沢病院と中国の上海精神病防治院の妄想主題の比較をしている。もちろんあくまで統計処理の結果としながらも、以下のような報告をしている。

日中両国間で類似していることは、ともに被害妄想の頻度が最も高く、次いで関係妄想（さまざまな出来事を自分と関係づけてしまう）、それに物理的被害妄想（電波や光線などによって苦しめられている）と誇大妄想が高い比率にあるという。そして、心気妄想（不治の病にかかっている）や罪業妄想（道徳に反したため自分を責める）の比率は低いと指摘している。両国の違いはと言えば、中国では被毒妄想の出現率が高く、宗教妄想はみられないということにある。

中国での誇大妄想の内容についてみると、主席や国家総理などの階層や序列に関連したものが第一位を占めている。共産主義体制の中国では、国家や民族に奉仕することで自ら孤立することを避けるという姿勢が強い。集団への帰属意識が反映しており、国家指導者との同一化や崇拝が人々のイメージの基盤に浸透しているとされる。

また、中国に比べて日本では、戦後に「天皇の人間宣言」がなされ、封建性が廃止した時点に、誇大妄想の分水嶺がみられたという。つまり、その後の高度経済成長とともに中流意識が顕在化し、マスメディアの発達でイメージが均一化された。それと並行して、価値観も多様化の道をたどり、権威に対しての志向性が薄くなり、新たなカリスマ的な指導者を生みだす余地がなくなったことなどと関連して、誇大妄想が矮小化しているのだという。

ちなみに、いわゆる緊張型の激しい精神運動興奮の減少を指して、精神分裂病の「軽症化」とする精神医学者もいるようだが、こうした状況に対して藤森氏は、

「私たちは、患者さんの横断面と縦断的な経過をみるので、何をもって軽いとか重いと言うことは難しいが、軽症化という場合、壮大な妄想が少なくなってきているという、いわば妄想内容の平準化がみられるということです。軽症化という場合、病気自体が軽くなっているというふうにとらえることは危険なことです」と指摘している。

illustration／工藤六助

摂食障害(Eating Disorder)

ゆとりある「空白」が失われた動揺

問題は思春期に現われる極端な空白嫌悪。
単に母子関係に由来するものではない。
所属集団や、家族との関係、また自分自身に対する関係をも含んでいる。

柴山雅俊

摂食障害は神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）に分けられる。わが国では一九七〇年頃から摂食障害の報告が多くなった。当時は神経性無食欲症の報告が比較的多かったが、八〇年代に入り神経性大食症の患者の数が増加している。時代は衝動的な過食傾向の増大と低年齢化の方向に向かっているようだ。

神経性無食欲症は、低体重や肥満恐怖、自分の体重や身体像に対する歪んだ認識、無月経などを特徴としている。若い女子の約一％に見られ、女性は男性の約十倍の頻度である。性格はしばしば完全主義的で融通がきかず、強迫的傾向がある。周囲の者からの干渉を恐れるためか、隠れてこっそりと体重を減らそうとする。食事量の極端な制限や過剰な運動を行なう。食事の中の油分を取り除き、カロリー消費のための過激な運動に専念する。身体的には体温低下、足のむくみ、低血圧、無月経、産毛などが認められる。自ら病院にやってくることは少なく、おおかたは保護者が単独で相談に来たり、保護者同伴で外来に現われる。現在の状態をなんとかしたいという気持ちは本人からはあまり感じられず、治療には乗りにくい。しかし頑固である一方で案外素直な面もあり、治療者との信頼関係は成立しやすい。治療効果は神経性大食症よりも良好である。

神経性大食症は、コントロールできない過食や自発的嘔吐、下剤乱用などが週に二回以上、少なくとも三カ月間見られることが診断には必要とされている。若い女子の

一～三%と神経性無食欲症よりも多い。その背景は広く、女子大生の四割近くが一過性の無茶食いや自発的嘔吐を経験しているという報告もある。しばしば万引きの癖があり、それに対する罪悪感はないように見える。神経性無食欲症の患者は、一般に性的には潔癖症であることが多いが、神経性大食症の患者にはボーイフレンドがいることが多い。ボーイフレンドとの関係が安定しているときは過食症状は見られず、関係が不安定になると過食がひどくなることもよくある。過食という症状にどこかで困っていることが多く、抑うつ的傾向があり、なんとかしたいと自ら外来に現われることも多い。しかし治療は、神経性無食欲症よりも一般に困難であり、慢性化しやすい。一部の患者には抗うつ剤がよく効く。ここでは紙幅の関係もあり、神経性無食欲症の病態を中心に述べてみよう。

▼ケース　三五キロまで減量

A子は幼少時から明るく活発だった。小中高と積極的に学級委員や生徒会役員に立候補した。自分の性格については、「目立ちたがり屋。皆と同じは嫌。皆の上に立っていたい。勉強、運動、遊びでもなんでも、先生や友達の注目を浴びていたい。勝ち気で、負けず嫌い。点数にこだわる」と述べる。

高校一年になり、ダイエット目的で油ものを摂らなくなった。当時、体重は五三キログラムであった。高校二年には生理が止まった。体重を三五キログラムにまで減量した。「ご飯は食べなくても、成績を上げなくてはならないと思って、がむしゃらに勉強した」という。高三の一学期は教科書のすみずみまで丸暗記しようとするなど、強迫的なところが見られた。勉強をしているにもかかわらず試験に怯えるところがあり、試験前には一時的に登校不能の状態になった。

「低い点数をとったら、自分が駄目になる」と思っていた。「痩せていると皆がちやほやしてくれる。可愛い服を着れるし、周りが綺麗に見てくれる。太ると相手にしてくれない。成績がいいと周りの人の視線を集められる」と言う。過食、下剤乱用、嘔吐などは見られていない。卒業試験間際になって不安が高じ、過呼吸発作、身体のしびれなどの症状が見られ、家族に連れられて外来を受診した。

今までのことをどう振り返るかという質問に「つらかった。完璧にしなきゃいけないと思って、あまりに自分をいじめていた。勉強もいい点数とらなきゃいけないとか、全部が全部素晴らしい人間として生きようとしていた。皆にちやほやされたいけれど、限界がきていると思う。目立たないと周りが相手にしてくれないから目立とうとしていた。目立たないとひとりぼっちになる。孤独感を感じる。私は何もできない人間で、

誰からも相手にされないから。皆から見捨てられると思ってしまう。自分は役に立たない人間だと思うこともある。皆が困っているときに、自分が先頭に立って解決したい。皆と一緒に盛り上がって、騒いでいたい。皆と一体感を感じたい。生きているうちにできるだけ多くの人と巡り会いたい。全国の人と友達になりたい。皆と友達になって、そのなかのリーダーになりたい。皆の視線は温かいか冷たいかで中間がないんです。試験も百点ならいいが、それ以外だと試験は受けないほうがいい」と述べている。

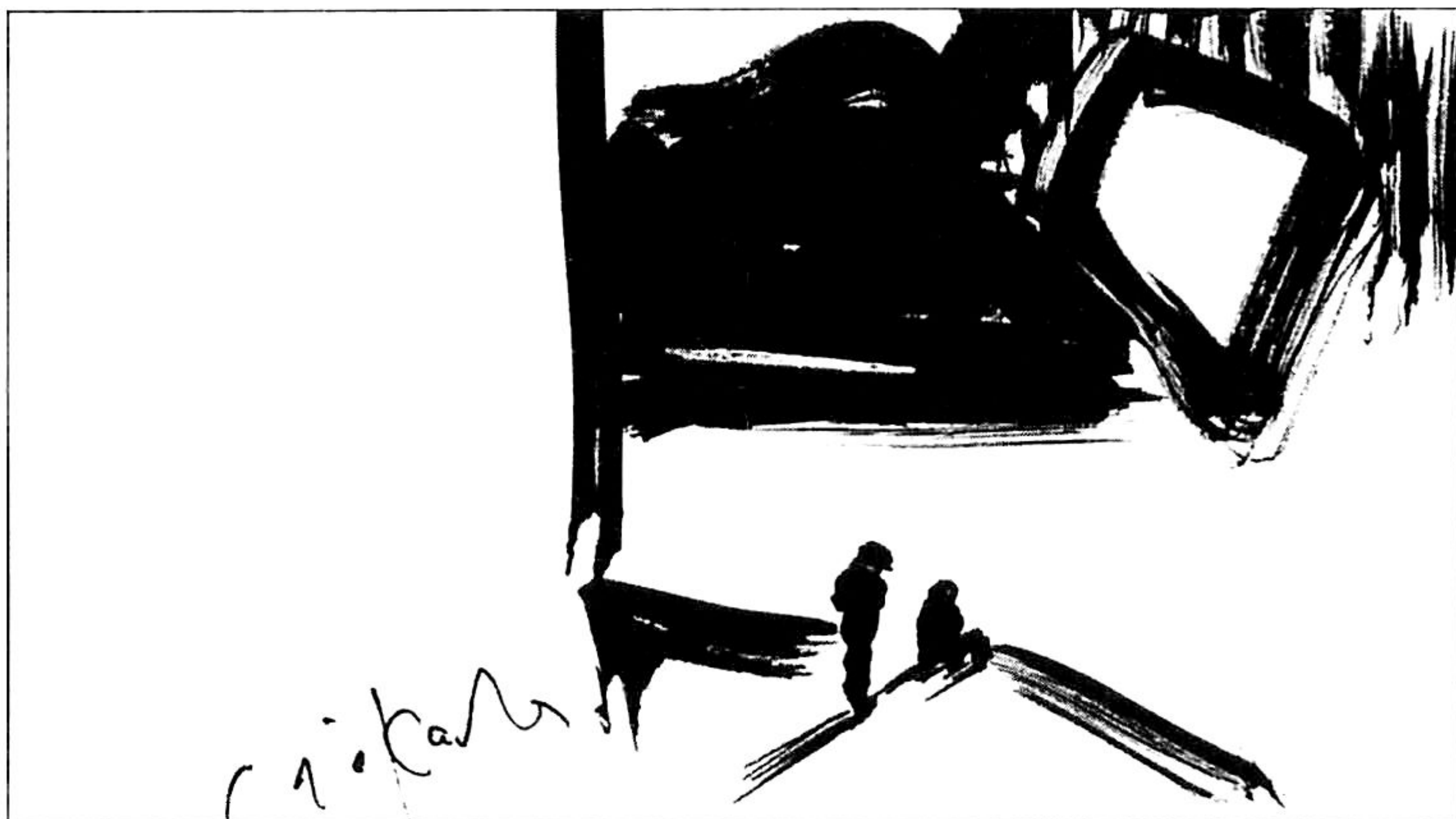
心にわだかまる空虚感

神経性無食欲症の患者は幼少時に良い子であることが多い。親は口を揃えて「この子は手がかからなかった」と回想する。親は安心してほかの子どもに注意を向ける。彼女たちは親や教師の期待を敏感に先取りし、彼らをわずらわせることなく、自らを周囲が賞賛する理想的位置においてきたし、またそうするように努力もしてきた。彼女たちは親に甘え、親の手をかけさせるようなことはなかった。他者に依存することをよしとせず、親への甘えを抑圧し、親との距離は比較的遠かったともいえよう。これを偽装的自立と表現してもよい。彼女たちを支えていたのは周囲が欲望する理想像であり、それは自己感覚や存在感の希薄さに通じる。

思春期とは自分と周囲の世界をあらためて振り返る時期である。「自分とは何か」と問いかけたときに、彼女らは自らの中にぽっかりと空いた空虚を感じる。その一方で、周囲の者は充実している、満たされているといった羨望の眼差しを向ける。空虚は、学業、スポーツあるいはバレエやピアノなどといった人目を引く領域で優秀な成績を修めることによって一時的に埋められることもある。つまり内部の空虚は、外面に引きつけられた外部の視線によって埋められるのである。

周囲の羨望の視線を浴びる中にいても、彼女らは決して皆の中に同じ水準で溶け込んでいるわけではない。そこには「私は皆とは同じではない」という気負いがあり、その気負いの背景には「私は皆と同じにはなれない」といった怯えがある。いずれにせよ、他者との間には空隙がある。その空隙を自分の外面と、それに引きつけられる他者の視線によって埋めようとする。内面的で情緒的なつながりは乏しくなり、次第に外面や結果にこだわる傾向を強めていく。しかし外面という一面でしか他者と接しようとしないため、空隙は決して埋まることはない。

彼女たちの言葉をまとめると以下のようになる。「皆と同じは嫌。皆の注目を浴びていたい。目立たないと周りが相手にしてくれないから目立とうとしていた。目立たないと孤独感を感じる。皆から見捨てられると思ってしまう。皆の視線は温かいか冷たいかで中間がないんです。ほかの人が話題の中心になるとさみしくなる。皆と同じ

illustration／サイコ・オカダ

に扱われることが怖い。特別視されていたい。人と同じは嫌。私がいちばん人と違うのは病気だということ。だから治りたくない」。

中心への憧れ・辺縁への怯え

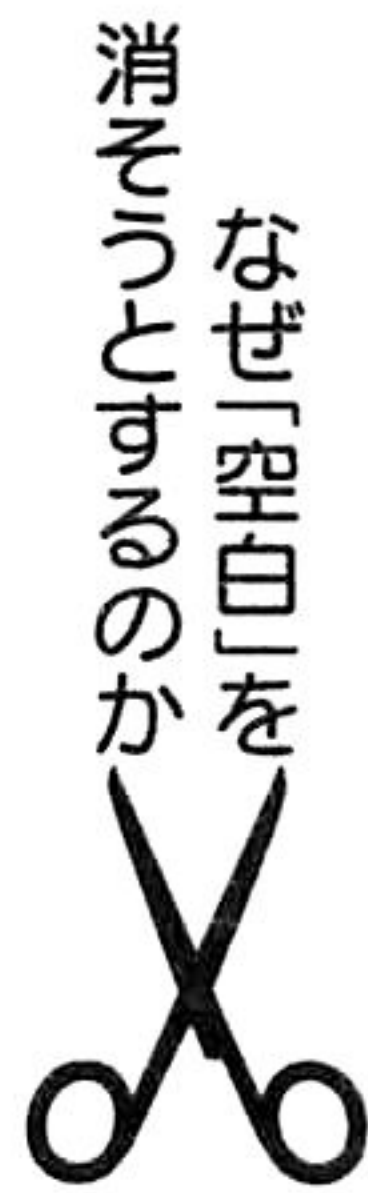
彼女らが集団に溶け込めるのは、その集団の視線を浴びる中心においてである。中心からのズレは彼女たちにとって辺縁、つまり集団からの疎外を意味している。このような構造を私は「中心願望と辺縁恐怖の対立的構造」と名づけたことがある。中心になれないということは辺縁に成り下がることなのである。単に集団の中での理想的中心を渇望するのではなく、辺縁に追いやられる恐怖ゆえに、いっそう中心にしがみつくといった構造は摂食障害、とりわけ神経性無食欲症の発病前後の状況にしばしば見られる。この構造は摂食障害のみならず、**境界性パーソナリティー障害**や**対人恐怖**においてもしばしば認めることができる。

このような中心と辺縁をめぐる葛藤は、現代社会における共同性のあり方と無関係ではない。少子化と核家族化の波に代表されるように、かつての大規模な共同体意識は崩壊し、今日見られる共同体は世代的にも分断化され、集団的規模においても縮小した。流行歌も世代によって異なり、年齢的な上下のつながりも希薄になった。学校でもクラスのまとまりは欠け、グループにと女子のグループ形成はきわめて深刻である。共同体は縮小し、**自己愛的色彩**を強めている。それは意に沿わない部分を切り離していく風潮と関連している。

身体もまた共同体の変化と同様の側面がある。身体は内と外の境界を設け、また開口部をとおして周囲の世界と交流している。共同体もまた内と外の境界を必要とするまとまりを持った集団であり、内と外との交流を持つ点できわめて身体的なあり方をしている。このような身体と共同体は、ともにわれわれを包み込み支えるものとして共通の構造を持っている。このように考えると、身体もまた意に沿わない部分を切り離され、自己愛的色彩を強めている可能性がある。神経性無食欲症とは、共同世界との

関係の齟齬を身体レベルで解決を試みようとする病態である。痩身という失地回復的手段によっていっきょに世界との関係を変えようとするのだ。

先に述べたように、彼女たちの世界は中心と辺縁といった二極に分裂しており、その中間を欠いた構造を持っている。中間とはほどほどということであり、またそれは皆と同じであるつながりを意味している。それが彼女たちには欠如しており、拒否しているようにも見える。このような中心と辺縁の中間を欠いた二極構造について、「空白」という概念を媒介にしてさらに検討してみよう。

なぜ「空白」を消そうとするのか

神経性無食欲症の患者は、空腹感を否認したり、無駄な肉を削ぎ落とそうとする。また何もしないでいたり、ぼんやりする時間を恐れ、人に遅れることに怯え、じっとしていられない。そして、ひたすら追いたてられるように行動する。また過度にケチになったり、ものごとの曖昧さを極度に嫌う強迫的態度が目立ったりする。彼女たちが恐れているのは空腹、無駄、無意味、曖昧さなどであり、それらは充実していない、価値がない、割り切れないといった点で、満たされないある種の空白を含んでいると考えることができる。

本来、このような空白は対象との関係にとって必要なところがある。それは対象を求め、対象との関係にゆとり・あそびをもたらし、円滑な対象関係の形成に不可欠なものである。しかし、彼女たちはそれを受け付けない。ふだん神経性無食欲症の患者に接していると、どこか人との関係を閉じて超然としているところがある。また体重や成績などはっきりとした数値にこだわり、入院するとベッドサイドはすっきりとしており無駄がない。一方、このような空白の消去は、過食を伴う神経性無食欲症や神経性大食症ではその特徴が幾分希薄なように思われる。摂食障害に見られる肉を削ぎ落とすような行為は、空白を嫌悪し、それに怯えるために、その空白を強迫的に消去あるいは切り離そうとする構造に由来する。

ではこのような空白の起源は何だろうか？　また、それに対する怯えはいったいどこから来るのだろうか？　それは摂食障害の好発時期である思春期という時期と無関係ではない。思春期とはさまざまな局面において空白を抱え込む時期である。思春期に、われわれは家族という場において両親からの分離を目指す。家族外の場では周囲との違和感、孤立感を感じつつ、個としての自覚を持つ。また反省的意識の発達から身体にこだわり始め、馴染んだ身体像からあらたな身体像が立ち現われる。このような変化は魅惑的で自立を促す機能があるが、同時に不安をかき立てる性質がある。この陰性面、つまり思春期に浮かび上がる両親や友人、自己の身体との関係の齟齬、ズレ、分離などを幻想としての空白に置き換え、これをあたかも身体レベルで切り離そうとするのが神経性無食欲症の病態である。

神経性無食欲症の患者は、世界を中心と周辺に分け、自らが位置したいと願う中心から忌避する空白を切り離して周辺へ追いやろうと、強迫的に境界線を引こうとするのだ。これが神経性無食欲症の基本的構造である。ドーナツをたとえに用いてみよう。身体の相を考えると、ドーナツの輪の部分は空白を含んだ周辺部分であり、それは過剰にふくらんだ肉である。それを過剰に恐れ、身を削ぎ落とそうとする。彼女たちが願う骸骨のような身体像は、ドーナツの輪を切り離した中空の部分に幻想的身体像として現われる。また自分を取り巻く世界は中心と辺縁に分けられ、自らを中心へと位置づけ、辺縁に成り下がることを恐れる。また家族との関係から見れば、中心部分が食べ物を拒否する自分の位置であり、ドーナツの輪である周辺部分が両親、とりわけ母親である。彼女たちは母親が作った食事を拒絶する一方で、時に家族に嬉々として食事をふるまったり、母親に過食を強要することがある。これもまた肉をふくらます食べ物（空白）を中心から周辺へと追いやろうとする振る舞いなのである。彼女たちは自らの身体を犠牲にしてまで、家族の注意・関心の中心になろうとする。それはただ目立ちたいという願望ではなく、そこには自分を認めてほしいという願望があり、中心に位置しないと自らの存在感を確認できないといった悲劇がある。

このように神経性無食欲症の病態は、空白を消去した中心と空白をはらんだ辺縁といった対立的構造にあると考えることができる。それに対して神経性大食症では、自己は辺縁へと反転し、中心には空白が流入・拡大化し、自己はそのような絶望的空白を含んだ身体として現われる。それゆえ、限りなく食べ物を飲み込み、食と金銭の無駄が繰り返され、意味を感じられない自我アイデンティティの拡散状態となる。

「空白」を育てるために

最後に治療的な側面に若干ふれてみよう。問題は思春期に現われる極端な空白嫌悪や空白恐怖であった。それはたんに母子関係に由来するわけではない。同性同年輩集団、家族との関係、また自分自身に対する関係をも含んでいる。治療的には、このような空白にほどほどの充実を与えることが必要である。それは周辺・辺縁とのほどほどのつながりを取り戻すことである。その一つが治療環境における周辺、つまり枠組みを与えることである。さまざまな約束、病気の説明、治療者関係の維持が重要である。そのような枠組みの中で現われる感情、感覚を治療関係の中で互いに見つめていくことが空白に何ものかが育っていくことであり、治療的に必要なことなのだ。

【参照】
▼境界性パーソナリティー障害（12頁）

ブックガイド

『拒食症』
S・オーバック　鈴木二郎ほか訳　新曜社

自らを傷つけることで得られる達成感

手首自傷の本質は、
対象喪失などから生じる失意体験、
それがもたらす不安などを解消しようとする試みである。

安岡 誉

主として思春期、青年期の情緒発達の状態にある若者たちに、ささいな失意体験に誘発されて、自分の身体の一部、主に手首を鋭利な刃物（とくにカミソリ）で切る自傷行為を繰り返す者がいる。R・J・ローゼンタールら（一九七二年）は、そうした**行動障害**を**手首自傷症候群**と呼んだ。一九六〇年代にアメリカで流行し、それが西欧に広がり、今日ではわが国の若者にも及んでいる。この手首自傷症候群は疾病論的な診断ではその本質が理解されず、むしろ自己愛的で未熟な性格者の抑うつ、ひきこもり、あるいは演劇的、攻撃的な傾向との関連で起こる**性格障害**として理解すべきである。

手首自傷をする患者の特徴

筆者らの臨床経験はすでに別に発表しているので、ここでは主な臨床的特徴を列記するに留める。

①患者は、十歳代から二十歳代の若者、とくに未婚の女性に多く見られる。

②手首自傷は、ささいな失意体験で起こり、そのきっかけのほとんどが対人葛藤である。自傷部位は、ほとんどが手首の内側の表皮であるが、稀に上肢、下肢、顔面、腹部に及ぶ。自傷は一回で済まず、習慣化する傾向があり、頻繁に起こすわりに自殺に至るものは少なく、仲間のなかで流行しやすい。

③本症候群の患者になされた臨床診断は、**神経症**、**神経性食欲不振症**、薬物依存、う**つ病**、**精神分裂病**、**境界例**など多岐にわたるが、共通しているのは**人格障害**である。

今日では、**境界人格障害**とされる場合が多い。

④病像で共通しているのは感情基調が抑うつであることで、手首自傷のほかに、社会的ひきこもり、**不登校**、混乱と興奮、**摂食異常**、**性的逸脱行動**、薬物乱用、盗みなど複雑多彩な症状や問題行動を随伴している。

⑤患者は自己愛的で未熟な性格特徴を持ち、情緒不安定で自己評価の傷つきに容易に攻撃性をあらわにする傾向がある。すなわち、自我の脆弱性（不安に耐える力の欠如、衝動統制の弱さ、**昇華**〔衝動を高尚なものに変化させる〕能力の欠如など）、情緒表現の乏しさ、対人関係での孤立傾向、破壊的な方向で影響を受けやすい、などの特徴が見られる。

⑥生活史では、過去に見捨てられた体験や、拒否、剥奪、排斥が見られ、幼少期から母親との関係が不安定であったことが多い。青年期における同一性形成や分離・個体化の課題（親からの自立）が充分に達成しておらず、それらの障害が見られる。

⑦治療関係の確立が困難である。難治例ほど、厳しくて支配的で神経症的な母親と無力で影の薄い父親という家族特徴が見られる。

⑧治療は、基本的には支持的精神療法を中心に**薬物療法**や**家族療法**なども併用して行なうが、おおむねその後の経過は良いものが多い。

手首自傷の深層心理

手首自傷はどうして起きるのだろうか。結論から言えば、手首自傷の本質は、対象喪失、分離の葛藤などから生じる失意体験、それがもたらす抑うつ、不安、緊張、怒りなどを解消しようとする試みであり、自分の身体を毀損する自己破壊行為でそれを達成することにある。

手首自傷が起きる機制には、以下の四つがあげられる。

①「ヒステリー」機制

いわゆる〝あてつけ〟に手首自傷を行なうもので、従来はヒステリー患者の演技的行為の一つと考えられていた。つまり、対象の注目や関心を引いたり、相手に罪悪感を起こさせることによって、対象を取り戻そうとする機制で、それは同時に対象を自分の思うように支配しようとする手段の一つでもある。

②「手首の人格化」の機制

自分に失意を与えた対象を攻撃し罰するために、自分の手首を対象と同等視して傷つける機制である。たとえば、失意を与えた母親に対して直接に母親を攻撃するのではなくて、手首を自分に対して拒否した母親に見立てて傷つけるものである。また、手首は自慰行為をする悪い自分と見立て自分を罰するために手首を切る例や、自分の悪い部分が血液に流れていると考えて手首を切ってその悪い血を流すことで自己懲罰する例も、本質的にはこの機制による。

③「自我機能の回復」の機制

これは、自傷し痛みを感じることで**離人状態**から自己の現実感覚を取り戻す統合の

試みである。自傷によって身体自我境界を区別することで自分を感じ、われに返るという自我機能の修復が中心機制である。手首自傷だけでなく、火のついたタバコを皮膚に押しつけて故意に火傷し、それでわれに返るのもこの機制による。なかには、自傷によって痛みや死の恐怖を克服したという感覚、死をコントロールしているという感覚に満たされ、初めて自己評価が高まるという例も見られる。

④「否認・逃避」の機制

自己の内面的、心理的な葛藤を否認し逃避するために、自傷することで真の葛藤に直面することから目をそらそうとする機制である。たとえば、自分が見捨てられたという過去のつらい経験から、似たような体験をしたときに手首を切ることでそのつらい考えを切り捨てるという例がある。

こうした四つの機制は、単独あるいは混合して現われる。

手首自傷の患者たちに共通して見られる心理の二つの特徴は、

（1）母親との関係が不安定で、拒否、剥奪の歴史が多いにもかかわらず、本人は空想的に母親との万能的一体感を持とうとしている。

(2)現実的には青年期の課題である分離・個体化、つまり親からの自立を求められているにもかかわらず、本人はそれを否定していることである。

要するに、幼少期から母親との関係が不安定で、思いやりのある対人関係ができていないために容易に失望しやすい心性を持つ人が、青年期になって分離・個体化を迫られて不安にさらされ、母親に無意識的、意識的に救いを求めるが、それが受け入れられずに発症したものと理解できる。

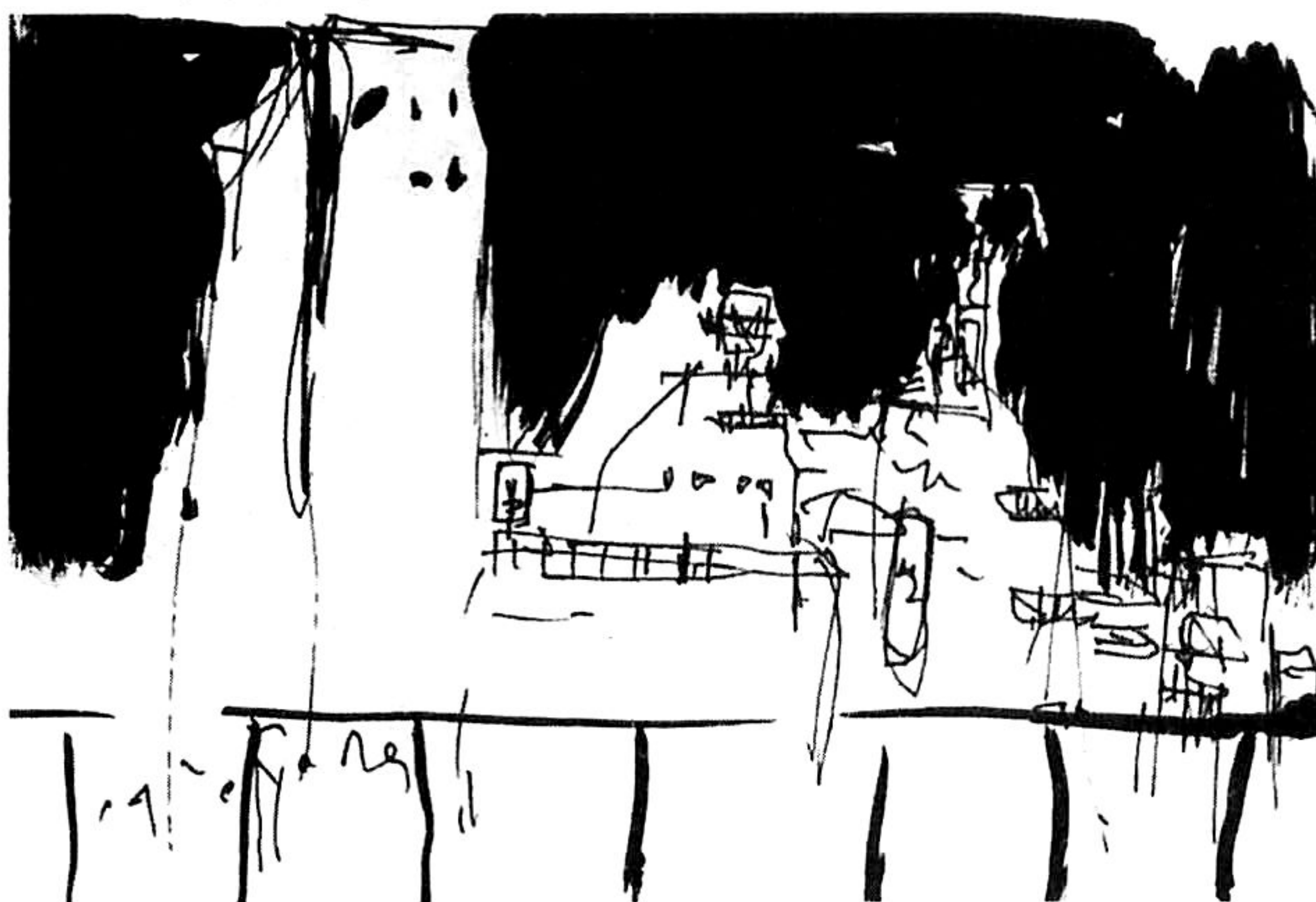
▼ケース　母と対立すると急に絶望

ここでは、初診時十七歳の女性で手首自傷を反復した一例を呈示する。

患者は三人同胞の第二子として出生。とくに問題なく養育されたが、三歳時に弟が出生してから急に寡黙となった。母親が虚弱な弟にかかりっきりになったからである。この頃から患者は、何か不満があると、ものも言わず憂うつな表情やふてくされた態度を示したという。

小学時代は我慢強い子で、素直な情緒表現は乏しかった。当時から、二歳年長の「頼りになる姉」にべったりと依存することで表面的な安定は得ていた。十一歳から猛勉強を始め成績は上位となった。十二歳時に初潮。この頃から「自分はひとりぼっち」と感じ、「仲の良い家族」を空想する日々が多くなった。また、ささいなことで母親との対立があると、急に絶望して「見捨てられた」という気持ちが強くなり、家出の計画を立てたり、死を考えたりした。

実際に、十四歳時にはひそかに手首自傷を初めて試みている。

illustration／サイコ・オカダ

十五歳時には〝やせ薬〟を秘密で服用しているのを母親に発見され、こっぴどく叱責されて「昔から母は私を恨み憎んでいたが、いまや完全に私を見捨ててしまった」と思ったという。高校進学の十六歳時に、社会人となった姉が美容のため絶食を始めたのをまねて患者も減食し、急速な体重減少をきたした。母親が〝減食〟を厳しく叱責すると、患者は過食、嘔吐を繰り返すようになり、摂食異常が顕著となった。

一方、患者は母親の愛情を執拗に確認し安心したいという衝動がつのり、母親が患者の期待どおりに反応しないと敵意や反発を見せ、いわゆる依存と攻撃という両価的感情に支配された心理や行動が激しくなっていった。筆者の病院を初診したときには、著明なやせ、顔色不良、月経停止、過食・嘔吐、不眠、抑うつ気分を認め、神経性食欲不振症の病像を呈していた。

このケースの治療は、入院治療（九カ月間）と外来治療（一年二カ月間）が行なわれ、症状が改善して終結したが、入院期間中にだけ手首自傷が反復されたので、そこに焦点をしぼってみたい。

すでに述べたように、患者の最初の手首自傷は十四歳時で、そのとき患者は「死ぬのは怖かったけど、死んだらどうなるのだろう」と考えて手首を切ったという。二回目の手首自傷は摂食障害を発症した十七歳時である。過食・嘔吐にふける患者に対して、「気が狂ったようになる」母親の姿を見て患者は罪悪感を強く感じ、「自分がいちばん悪い子のような気がして、死にたくなり」、カミソリで手首を切っている。とくに母親と対立すると、決まって同様の気持ちから手首自傷に至っている。

この当時の心境を患者は「映画で自分の姿を見ているような気がした。頭の中で『死になさい』と言われているような気がして……血が出たのでびっくりして怖くなった、……死ぬつもりじゃないの。それだけはたしかなんですけど、どうしてそんなことをしたのか、よくわからないんです」と語っている。

彼女の手首自傷は、入院後も反復された。一回目（入院四日目）は、朝にほかの患者のカミソリを持ち出し、右手首に二カ所の浅い切創をつくっている。筆者がその理由を問うと、「ごめんなさい」と茶目気たっぷりに舌を出して笑うだけで、深刻味がない振る舞いであった。

二回目（入院六日目）は、夕方に「家に電話をしたら、お母さんが都合で面会に行けないと言ったので寂しくなった」と無断離院し、道端に落ちていたガラスの破片で手首を自傷した。創傷処置をする筆者に「ご迷惑をかけてすみません」と、やるべきことを済ませた安らかさを見せることに強い印象を持った。この一回目と二回目の自傷のとき、患者は「どうして切ったのかわかりません」と答えていたが、筆者は患者に切るときの気持ちを発見するように励ましている。

三回目（入院十七日目）は、両親との面会時に退院要求が通らず、「両親は嫌い」と自室に戻ったときに自傷した。筆者が介入すると、「お母さんに腹が立った。お母さんなんか苦しめばいい」と語るので、〈手首を切るというのは、お母さんを攻撃して復讐しているみたいね〉と指摘すると、「ほんとうに、そう!」と患者は応じている。このとき初めて、患者は「手首の人格化」の機制を示唆する発言をし、筆者の注目するところとなった。四回目（入院二十三日目）は、母親が友人のことを電話で教えてくれなかったという理由からだった。

その後、五カ月間は手首自傷が見られず、五回目（入院百六十日目）は病院ではなく、患者が外泊中に姉と買物に行き、そこで万引きしたのを姉に諭された直後のことだった。患者は姉に「どうして私は切ったのかしら」と、あたかも何事もなかったかのように平静に述べたという。それはまるで自分の内的葛藤（自分が万引きしたこと）を手首自傷で消去させたかのようであったという。

こうした手首自傷への治療的対応の要点は、自傷行為が起きるたびに、治療者はその行為の意味を患者と話し合うことである。そこで、自傷行為の原因となっていることが、見捨てられた体験、攻撃性の葛藤、分離・個体化の課題をめぐる不安に基づく「心の悩み」から生じていること、その「心の悩み」を解決するのに自傷行為は合理的解決ではないことを理解させることである。

背景には何が潜んでいるのか？

手首自傷のような自己破壊的な行動障害については、今日、それが注目されている現代的背景について若干ふれておく必要があろう。筆者は、現代社会に見られる精神病理学的特徴と手首自傷症候群にはなんらかの関連はあると考えているが、それには次の四つの精神病理の特徴がある。

第一は、「不安」から「抑うつ」への変化である。西園昌久氏は、戦後に**不安神経症**が多発したこと、その後、近年では**抑うつ神経症**がそれにとって代わるほど増加していることを指摘し、不安の病理から抑うつの病理へと変化していることを論じている。今日、さまざまな段階のうつ病が増加していることもその反映だろう。これは、対象喪失を起こしやすく、容易に抑うつに陥りやすい人が増えているということである。

第二は、かつては、恥や罪を意識する病態が中心であったものが、すなわち、自分

の心の内部を問題にする病理から、いわば外部へと問題を投影したり、外在化させる病理への変化である。たとえば、戦前には対人恐怖の代表であった**赤面恐怖症**が減少し、それに代わって恐怖症と近縁関係にある**視線恐怖症**や**自己臭恐怖**が増加していることに代表されるように、「周囲に対する恥の意識」から「周囲に対する怯えの意識」へと、対人関係の態度が変化していることに象徴されるものである。

　第三は、本来、人間の正常な発達では、自己愛から対象愛の段階へと発展していくものとされているが、それが対象愛へ進展しないまま**自己愛**の段階にとどまっている病理、あるいは、いったん対象愛へと進んだものが自己愛の段階に退行しやすい病理を呈するものが増加していることである。**境界人格障害**や**自己愛人格障害**に代表されるような、プリミティブな人格障害の増加がそれである。つまり、自己愛的な人々、それも「自分が相手をどう愛するか」というよりも、「自分が相手からどう愛されるか」を問題にする人々が増加している。

　第四は、攻撃性を内外にあらわにするかたちの行動化を呈しやすい病理の増加である。葛藤や欲求不満に対して容易に混乱に陥り、しかも攻撃的になりやすく、それが外に向かうと暴力や器物破損など、内に向かうと自傷、自殺、薬物依存など自己破壊的になりやすい人が増えていることである。それが若者たちにとくに顕著である。筆者は、こうした自己破壊性への親和性が高まっていることが現代の特徴と考えている。

　以上の諸特徴が示すことは、ひとことで言えば、現代社会では人間はより未熟で退行した病態を呈しやすくなっていることである。要するに、「境界例（ボーダーライン）的」なのである。このことは何もわが国だけの現象ではなく、全世界的な傾向といわれている。その本質は、人間が我慢強くなくなり、幼稚になり、ひとりよがり（自己愛的）で、しかも情緒不安定であり、葛藤や欲求不満を適切に処理できず、その解決策として攻撃的な手段を取りやすいという自我脆弱性の病理が露呈しやすいことに要約されよう。

　このように、現代の精神病理学特徴を見ると、それらが自己破壊性へと結びつく条件となっていることがわかる。

　激しい変化にさらされている現代社会では、家族関係のありようも大きな変化を受け、そのなかでどのように生きていったらいいのか誰もが見定めることが難しい。それだけに心のありようが不安定な人々が多くなっている。その象徴的で代表的な現われの一つが手首自傷なのである。

［参照］
▼境界人格障害（12頁）、摂食異常（160頁）、自己愛人格障害（24頁）

ブックガイド

「手首自傷症候群」『青年期の精神病理と治療』
安岡誉、西園昌久、牛島定信　西園昌久編
金剛出版

「自傷・自殺と人格障害」『現代エスプリ別冊「人格障害」』
安岡誉　成田善弘編　至文堂

遁走（Fugue）

失踪――失った記憶

遁走とは、突然、目的やあてもなしに日常の場を離れて、ある期間歩き回るという病的な旅行で、この間の健忘を残すものをいう。

大矢 大

「家出」には、自立や新生活開始のための目的をもって行なう場合や、家族とのもめ事などによる短絡的な場合などがある。また、いったん家を出たものの目的を失い、途方に暮れて彷徨したり、あるいは居場所を定めず気ままに暮らすような場合は「放浪」と呼ばれる。これら「家出」や「放浪」は、家族に発見されて連れ戻されたり、自ら元の生活に戻るために家に帰っても、しばしば繰り返すことがある。しかし、家族が警察に捜索願いを出すことはあっても、それを理由に精神科医を訪れることは稀である。

一般に、社会的な問題行動としての家出や放浪については、青年期の家出、家庭内の問題からの逃避、『遠野物語』などに記載されたような疎外され、**適応障害**を起こした人たちには普通の生き方だったという「山に入ること」、他人に脅されたり勧められたりしての意志の弱さや知能の低さが問題になるもの、ただ単にそのときの気分に支配されて行動したものなどがある。これらの場合では、そのまま いわゆる「ホームレス」と呼ばれる人たちになってしまうこともあるだろう。

また病気によるものとして、痴呆老人の徘徊や幻聴に左右された精神分裂病者にもみられる。薬物やアルコール依存者では、薬物やアルコール入手のためや服薬後の意識障害のためにいなくなる場合もある。これらの行動は、残された家族からみれば、すべて「家出」ということになる。また、その行動の実際のありさまを第三者からみ

れば「放浪」ということもあるだろう。もし保護されて帰宅後に精神科を受診し、一定期間の**記憶喪失**や**意識狭窄**などが確認されると、**遁走**として取り扱われる。つまり同じ行動が見方により異なるのである。

遁走中の記憶がなくなる？

精神医学でいう遁走とは、突然、目的やあてもなしに普段の日常の場、——たとえば家庭や職場など——を離れて、ある期間歩き回るという病的旅行で、この間の**健忘**を残すものをいう。健忘の期間が遁走中すべてにわたるものと、健忘は遁走中の一部に限られ、ほかには意識狭窄や意識障害をまったく見出せないものが含まれる。

最も典型的な遁走は**解離性障害**のもので、耐えがたい現実から逃げ出したいという心性に基づく**もうろう状態**によるものである。このとき、発作性の疾患である**てんかん**が問題になることがあり、遁走（失踪）てんかんやてんかん性もうろう状態がそれにあたる。また、**うつ病**に際しては、心身疲労の極のような状態で遁走がみられることがある。とくに焦燥感を伴う抑うつ状態の際に遁走が発現しやすい。この場合、自分の居場所を見出せなくなり、人目のつかないところに行ってしまいたいという衝動によって、あるいは強い自殺念慮のために死に場所を求め、放浪や徘徊をすることがある。遁走が出現しやすい状況は、合理的な逃避のできない環境から生じる抑うつ状態だといえるが、同時に、遁走は抑うつ気分からの回避を図っているという指摘もある。一方、**精神分裂病**者にみられる放浪については、他者との関わりを回避するということで、急性期の多彩な症状を出にくくする働きがあるという。

ところで、**全生活史健忘**は、自分の名前や生い立ち、過去の経歴など、自己の生活史すべてにわたる記憶を喪失しているにもかかわらず、日常生活にはそれほど支障をきたさないという比較的稀な状態である。この記憶喪失をめぐるテーマは、テレビドラマや映画、小説などにしばしば登場する。この状態を大別すると、現実問題を背景にした現実逃避の心性の強いタイプ（**単純経過型**）と、内面の複雑な葛藤を処理しきれずに発症するタイプ（**不安定経過型**）がある。全生活史健忘と遁走には密接な関連があり、遁走を伴うケースがかなり多い。その場合、遁走に始まり、気がつくとドラマや小説ではおなじみの「私は誰？　ここは何処？」の状態にあることが多い。実際のケース（プライバシー保護のため部分的には書き換えてある）を提示しよう。

▼ケース　自分が誰だかわからない

A子・二十歳・未婚女性

A子は二人姉妹の次女としてB市で生まれ育ち、高校卒業後、一家で大阪に移り住んだ。専門学校を出て、四月から保育所に

就職。まじめに働いていたが、同僚からはいじめられていたという。六月、上司に訴えていじめはなくなったが、友人はできず、休日に外出することもなかった。

八月末に就職後初めて三連休をとり、買い物や映画鑑賞に出かけたが、休み明けの八月二十九日は朝から気分がすぐれず欠勤した。翌三十日の朝は、姉とともにいつものように家を出た。姉は夕方帰ってきたが、A子は無断欠勤のうえ深夜になっても帰宅しないので、家族が警察に捜索を願い出た。翌日の夕刻、大阪市内の公園で呆然としている自分に気がついたが、自分が誰かわからず、以前の記憶がないことに気づき焦りと不安を覚え、保持していた保険証の住所を頼りにタクシーで帰宅した。

警察の調べで八月三十日午後零時半ごろ、B市駅前の銀行から、A子が預金を引き出していたことがわかった。二日間をどう過ごしていたかわからず元気がないので、九月一日に家族に連れられて私の勤務する病院を受診した。

診察では、不安と緊張の面持ちで「帰宅の際、迎えに出た姉のことがわからなかったが、次第に気持ちが高ぶり姉だとわかった。両親のことは、顔を見合わせていると急に涙が出てきてわかり、自分のことも実感をもってわかるようになった。でもB市に行ったという三十日朝から三十一日の夕方までのことがいっさい記憶にない。その間いったい何をしていたのかと考えると何もする気がせず、仕事どころではない」と語った。

休養のうえ、一緒にいると申し出た姉と過ごすように伝え、外来で経過をみることにした。身体的な諸検査ではとくに記すべきことはなかった。初診後三日間眠り続けた後、次第に元気を取り戻し、一カ月もすると姉と楽しく旅行に出かけるなど、以前のA子の状態に戻った。結局、遁走中の二日間の記憶はまったく回復しなかったが、三カ月後、別の保育所に転職した。

これは遁走が終結すると元の状態に戻るが、我に返った際、遁走中の出来事をまったく憶えていないというピュアなタイプのケースである。

A子は勤勉で仕事好きだが、不規則な勤務に加え、同僚との関係もうまく保てずに孤立しており情緒的緊張が続いていた。このため三連休後に抑うつ状態に陥り、その後行方不明となった。我に返ったときは、全生活史健忘の状態だったが、家族と再会するとすぐに回復した。この遁走には、不快な緊張の生じやすい職場という現実からの逃避の心性が読み取れる。初診時にこそ、A子は遁走期間中の記憶の空白に強い不安と困惑を示したが、休養することで家族との絆をより強めることができ、やがて元気を取り戻し新しい職場へ替わることもできたのである。

B夫・二十七歳・既婚男性

二人兄弟の次男。性格は明朗活発だがルーズなところがある。大学時代に現在の妻と知り合った。卒業後は営業マンとして就職。二十六歳のときに、小学校教諭として

働いていた妻と結婚した。お互い仕事が忙しく家庭を顧みることが少なかったためか、仕事帰りに酒場や風俗店などで遊ぶことが多くなった。小遣い銭はすぐに不足し、妻には内緒でサラ金からの借金を重ねていた。二十七歳の九月には借財が百八十万円に達し、両親に相談して全額を返済してもらった。十月、仕事中に相次いで二件の交通事故を起こしたが、主に会社が相手と交渉し、自らも三十万円のローン融資を受けて支払うことで示談は成立した。

その直後の十一月中旬に突然、納品済みの高額の商談が解約された。二件の交通事故に商談解約が重なれば自分の進退問題になると考え上司には報告しなかった。途方に暮れているうちに、三度目の交通事故を起こしてしまった。今度も会社が示談交渉してくれたので、十二月十五日の商品の返却についてはまったく報告できずにいた。

当日の朝、嘘の理由で会社へ欠勤の連絡後、行方がわからなくなった。三日後の夕刻、箱根の山頂に座っている自分に気がついたが、全生活史健忘の状態にあった。自ら警察に保護を求めたところ、所持品から身元がわかり自宅に帰ることができた。

十二月二十日、家族に連れられて当科を受診し即日入院した。一般的な知識は保たれていたが、十二月十八日以前の自己の生活史に関するすべての記憶を失っていた。物静かで自発性を欠き、何の感情変化も認めなかった。身体的な諸検査ではとくに記すべきものはなかった。入院後数日間は無気力で臥床がちだったが、徐々に幼ないころの記憶から回復し始めた。父親が会社に退職を願い出て受理されてから、交通事故や商談解約のことなどを懐かしげに想起した。遁走の三日間以外の記憶をすべて回復し、その後も情緒は終始安定していた。退院後は自ら就職先を探し出し、春から専門学校の非常勤講師として働き始めた。

これは遁走を伴って発症した全生活史健忘の単純経過型のケースである。遊興による金銭的苦境や度重なる交通事故に対しては、自らの責任を回避するかたちで両親や上司に依存し対処してきた。しかし、突然の商談の解約に加えて交通事故も三度目になると、これまでのようにはいかなかった。結局、何の対策を立てることもできないまま商品返却の当日を迎えてしまい、遁走に引き続いて全生活史健忘をきたした。差し迫った状況と、それを必然的に招いたB夫の他人まかせで責任を回避する主体性のなさが、発症に深く関与したと考えられる。ほぼ定型的な臨床経過を辿り、遁走期間中を除くすべての記憶を回復した。

遁走にも積極的な意味がある

欧米では遁走の期間が数週間ないし数カ月であるのに対し、我が国では二、三日間のケースが最も多く、健忘の期間は遁走中すべてでなく一日くらいで、ほかの新たな同一性の獲得は稀である。提示したA子やB夫のように遁走の全期間の健忘を残したままであるのは、解離してトランス状態にあったときの出来事は記憶されずにいたか、

完全に忘れ去ってしまったのかもしれない。あるいは、たとえ思い出しても霧がかかったようにぼんやりしているのかもしれない。いずれにせよ、その期間の解離の程度が強かったためだと考えられる。

　全生活史健忘の場合、遁走は、とくに男性の単純経過型に多い。これらのケースには、生活苦、飲酒やギャンブルなどによる多額の借金、異性問題、職場での対人葛藤などの現実問題が背景にあり、現実の場にいたたまれなくなってどこか知らない場所へ行ってしまいたいという現実逃避の心性を見出せる。記憶を回復した後では、単純経過型では遁走は認められないのに、不安定経過型では情緒が安定せず、混乱するためか遁走が発現することもある。これらの状態をきたす人たちの特徴として、人間関係からの引きこもりや逃避傾向があげられる。葛藤状況においては不安を否定し、人の助力を受け入れようとせずに現実状況から逃避しがちな人たちといえる。

　ところで、遁走は、異常な病的旅行であるが、外的葛藤によって増大する内的緊張を減少させ、遁走することで人格の統合を維持させる行動としても捉えうる。遁走には、病理性と同時に、不適応状況から抜け出すための代償作用としての有用性や健全性も含みうるのだ。遁走は自殺衝動に対する防衛であり、抑うつ状態と自殺企図が遁走や記憶喪失をきたす人たちのきわめて特徴的な症状であるという指摘もある。遁走、全生活史健忘（記憶喪失）、**多重人格**などは互いに移行しうるもので、提示したケースのように、時に判然と区別し難いことがある。

　治療に際して、遁走などの健忘期間中の行動が問題になることがあり、いっさいの情報がないと麻酔面接の必要な場合もあるが、治療全体の中で慎重に実施を考えるべきである。というのも、むやみに記憶の回復を図ることは病者の防衛を崩すだけでしかなく、非治療的な行為になってしまうからである。遁走をはじめ記憶喪失の治療にあたっては、記憶の回復が認められない間は病者が心身の消耗を回復して、現実に再直面し、それを受容していくための大切な期間だという視点を忘れてはならない。治療は、背景にある慢性の葛藤状況や抑うつ気分、隠された自殺念慮などを考慮しながら休養を第一とし、その後に病者が現実を否認せずに直視でき、それに対処しようとする姿勢を獲得するための支持的な援助であるべきである。

【参照】
▼多重人格（66頁）

ブックガイド

『漂白の人間誌』
東村輝彦　アカデミア出版

「全生活史健忘」『シリーズ精神科症例集第五巻　神経症・人格障害』
大矢大　牛島定信編　中山書店

「解離性（転換性）障害—病因」『臨床精神医学講座第五巻　神経症性障害・ストレス関連障害』
大矢大　田代信雄・越野好文編　中山書店

PART ▶ 5

精神の病の根本問題

［感情の病理］

精神分裂病（Schizophrenia）

周囲から狙われているという妄想

陰性症状の場合、
ちょっとしたストレスで陽性症状が再び顔を出しかねない
脆弱性を孕んでいるところに問題がある。

春日武彦

精神病院に収容されている患者の多くは、精神分裂病である。ことに、長期の入院を余儀なくされている患者は、おおむね分裂病といえる。

さて、読者諸氏が精神病院を訪ねて病室を覗いて回ったなら、もしかすると意外な印象を受けるかもしれない。大半の患者の様子が、分裂病らしかぬからである。というよりも、世間一般に流布している分裂病のイメージにそぐわないからである。彼らは、むしろうつ病や自閉症のように映るかもしれない。毒電波が飛んでくるとか、ＣＩＡが追いかけてくるとか、盗聴器が仕掛けられているとか、自分の本当の父親は天皇陛下であるなどと荒唐無稽なことを口にする人たちの群を期待していると、当てが外れることだろう。

たとえば電波系の患者の大部分は分裂病か覚醒剤中毒であるが（覚醒剤では、しばしば分裂病に類似した幻覚や妄想が出現する。しかも、より派手に。覚醒剤による症状は時として分裂病症状のカリカチュアのように見えることすらある）、分裂病患者のうち電波云々を語るのは、ほんの一部でしかない。また、分裂病患者の誰もが盗聴器の存在を疑うわけでもない。彼らがいつもステレオタイプな「狂気」を示していると思っているとしたら、それは大きな誤解なのである。

分裂病の誤ったイメージ

精神分裂病という名称は、チューリッヒ

大学教授であったオイゲン・ブロイラーによって提唱された。一九一一年のことである。彼は、さまざまな精神機能の分裂がこの疾患の最も重要な特性の一つであるとの考えから、分裂病という名称を考えだしたのである。

精神機能の分裂などと聞くと、人格の分裂――多重人格などを思い浮かべる向きもあるかもしれないが、多重人格はヒステリーの症状である。ブロイラーは思考や感情における「分裂」を精神分裂病の基本的な障害であると想定した。が、これはむしろ思考や感情の統合が不充分になった状態と考えたほうが正解だろう。しかし分裂病の症状がすべて精神機能の分裂ないしは統合の「緩み」といった概念で捉えきれるものではない。それどころか、多重人格にまつわる誤解からもわかるように、この名称ゆえに間違ったイメージが生ずる危険もある。偏見や差別の歴史もまたこの名称には染みついている。それゆえ、精神分裂病という病名を変更しようという動きもあり、新しい名称の候補には「ブロイラー氏病」というものも挙げられている。

分裂病を構成する二つの症状

医学辞典や啓蒙書の類を繙いてみても、精神分裂病の定義はクリアカットに記されていない。少なくとも、医学的に妥当なイメージというのは、きわめて曖昧でつかみどころがない。なぜか？　それは同じ分裂病でも、タイプによって、あるいは時期によって症状や様子がはなはだしく異なるからである。

陽性症状、陰性症状といった概念があって、これを理解すると分裂病のイメージがかなり鮮明になってくるだろう。

まず**陽性症状**。これは、いかにも精神病と実感させるような派手な症状を指す。すなわち、幻覚や妄想、奇異な行動や興奮などである。世の中の大多数の人々が思い描いている分裂病の症状は、まさに陽性症状そのものである。

一方、**陰性症状**のほうにはあまり特異性がない。発病前に比べて感情が妙に平板になったり、あるいは覇気を失い意欲に欠けたり、根気がなくなったり、抑うつ的になったり、機転が利かなくなったり、子どもっぽくなったり、社会性がなくなったり――すなわち、いかにも「気が狂った」といった印象ではないけれども、全体としてどうも内面が錆びついてしまったような雰囲気のものを指す。彼らは、時には怠け者とみなされたり、ルーズで腑抜けな人間になってしまったと評されたりする。

陰性症状は、激しい精神的打撃にさらされた後の脱力状態ないしは後遺症に似通っている。正気を取り戻してはいるが、発病前に比べるといかにも「冴えない」。そのような状態が年単位で延々と続いてしまい、気晴らしや静養程度では回復しない。しかもちょっとしたストレスで陽性症状が再び顔を出しかねない脆弱性を孕んでいるところに問題がある。

効果的な抗精神病薬

冒頭でわたしは、読者が精神病院を見学したら、むしろうつ病や自閉症と見誤りかねない分裂病患者が多いだろうと述べた。それはひととおりの治療を受けた患者には、陰性症状のみを呈しているケースが多いからなのである。

医師としての立場から言うと、陽性症状にはけっこうクスリが効く。傍目にはいかにも「気違いじみた」症状に映ろうと、比較的速やかにクスリで抑え込める可能性が高い（なかなかクスリに反応してくれない場合もあるのは確かだが）。実際、精神医学の歩みを振り返ってみると、それはいかに相手を正気にさせるか、すなわち、いかに陽性症状を消失させるかという試みの歴史であった。

患者を驚かせたりショックを与えたり（テレビの映りが悪いときに、配線の接触が悪いのではないかと叩いてみるのと同じようなものである）、昏睡状態にしてみたり（深い眠りは死に近づくことである。いったん昏睡させることで、患者が生まれ変わることを期待したのであろう。また心身の休養といった効能もあったであろう）、嘔吐させたり浣腸を施すことによって内面に棲みついた「狂気」を追い出そうとしたり――その多くはきわめて乱暴な治療法であったから、患者はすっかり疲れ果てて、その結果、興奮が静まったり妄想を口にする気力も失われた、といったことはあったかもしれない。しかし劇的かつ持続的な効果をもたらす方法はなかった。

現在も使われているような抗精神病薬が発見されたのは一九五二年である。この発見によって、陽性症状を抑えることが可能となった。ついに精神医療の夢が叶ったのである。だが幻覚や妄想や興奮が消えても、それがすなわち分裂病を克服したことにはならなかった。伏兵がいた。それがすなわち陰性症状だったのである。

以上の説明を念頭に置いて、A君のケースを読んでみてほしい。

▼ケース　無関係なものを関係づけてしまう

A君は、浪人三年目の二十一歳である。彼は予備校には通っていない。宅浪である。もともと人づきあいが下手なうえに、予備校では周囲が全員ライバルなので、その圧迫感が耐えがたかったからである。

彼の偏差値では、志望校はあまりにも高嶺の花であったが、この大学に入れないくらいだったら生きている価値がないとまでA君は考えこんでいた。頑固で一途なところが彼にはあった。友人と会ったりコンサートへ行ったりすることもなく、自室にこもって黙々と勉強に励んでいた。ただしその勉強法といえば、参考書を「完全に」マスターするために一字一句すべてを機械的

illustration／羽生春久

にノートへ書き移すような、非能率的なものでしかなかった。

ある日、近所の文具屋へ出かけたとき、家の前に黒い不審な車が停まっているのに気がついた。「これは怪しい」とA君は直感した。彼は赤いボールペンを買いにいったのだが、なぜかその日に限って売り切れている。偶然だろうか？　今までそんなことはなかったので、ひどく不安な気持ちになった。胸騒ぎがして、するといよいよ車のことも気になって、眠れぬ夜が続くようになった。

不眠と並行して、A君は次第に追いつめられた気分になっていった。食事もろくに摂らなくなった。母親がそっと部屋を覗いてみると、彼はこわばった表情でぶつぶつと独り言をつぶやいている。いやに疑り深くなり、自分の勉強の進展具合が予備校に筒抜けになっているとか、組織ぐるみで陰謀が進行しているといったことを断片的に口走ることがあった。家の外では見知らぬ人々が、自分について悪い噂を囁き交わし

ているような気がしてならない。窓からそっと外を窺い、「やっぱり黒い車がいる」などと呟くこともあった。

彼は勉強が手につかなくなっていた。いつもざわざわとした気分で、参考書を広げるとそのざわつきの中から「どうせ、そんな勉強、無駄だよ」などと聞き慣れぬ声が際立ってくる。鉛筆を手にすると、「お前は鉛筆を手にしたな。お前に鉛筆は似合わないな」などといちいちコメントしてくる。不安と苛立ちで、机の前に座っていられない。しかし外へ出ると、黒塗りの車の一味が何かを企んでいる気配がひしひしと迫ってくる。大変なことが起きそうな予兆で空気が張りつめているように思われる。息苦しい。

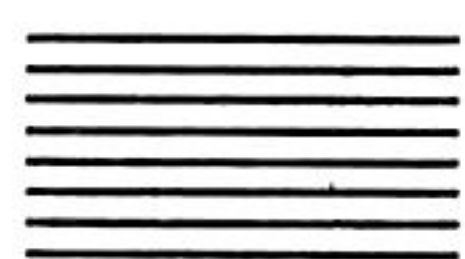
ついにA君は耐えきれなくなった。彼は唐突な行動に走った。交番に駆け込んで、ただならぬ事態が迫っているようだと訴えた。巡査は驚いている。彼は自分を理解してもらいたいあまりに声を荒らげた。巡査も固く身構えた。

結局、この交番へ駆け込んだエピソードによって、彼はそのまま精神病院へ入院することになった。閉鎖病棟にA君は収容された。薬物治療が始まり、彼の興奮は徐々に落ちついてきた。幻聴も遠のいてきた。一カ月を過ぎると不安感や当惑も失せ、二カ月目には開放病棟へ移ることになった。家族は、すっかり良くなったと喜んだ。食欲が増し、外泊も許可されるようになった。

A君は、ほぼ三カ月で退院となった。が、家に戻った彼はなんだか元気がない。ひどく億劫そうな様子で、受験にはすっかり関心が失せてしまったように見える。といって遊びに出たりするわけでもなく、ぼんやりとテレビを眺めているといった、いかにも怠惰な日々を送るようになった。本人としても気まずいのだが、エネルギーが湧いてこない。人嫌いの傾向がますます著しくなり、無表情で愛想のない彼には家族も違和感を覚えずにはいられなかった。

担当医のアドバイスで、彼は作業所へ通うようになった。ドクターの話では、現在の無気力状態はクスリだけではどうにもならない。同じ病気を抱えた人たちと一緒に、簡単な内職仕事からスタートして、①せめて規則正しい生活を送る、②他人と接することで現実感覚を培う、③仕事や仲間を通じて社会性を取り戻す——そのようなことを目指したのであった。最初、親はこんな内職みたいな仕事をしても馬鹿げている、搾取されるだけだ、などと思っていたが、仲間と集うことで少しずつ元気を回復していくA君の姿を見て、やっと納得がいったのだった。

作業所に通いだしてから二年になる。いちど、クスリを飲むのをやめてみたこととストレスとが重なって、またしても落ちつかなくなりかけたことがあったが、幸いにも早めに治療を受けて再入院は免れた。受験についてはなりゆきから諦めることになってしまったけれど、今は焦らずに、ゆっくりと将来の展望を検討しようとA君は考えている。

分裂病の病像

同じ「分裂病」でも、治療前と後とではまるで様子が違うことがおわかりだろう。そして陰性症状の時期においても、陽性症状の再燃を防ぐためにクスリは欠かせない。以下、箇条書きで要点を述べる。

●教科書的には、破瓜型・緊張病型・妄想型と区分されるが、昨今は症状があまり典型的に出現しない傾向（軽症化。昔よりも早期発見・早期治療がされやすいといった事情もあろうが、現代社会の都市化現象が精神病理学的に何らかの影響を及ぼしているようにも思われ興味深い）とも相まって、実際のところ、タイプ分類はさして意味をなさない。

●発病は思春期〜三十代半ばが多い。この時期には、登校拒否、出社拒否、閉じこもり、アパシー、人格障害などまぎらわしい症状が多く、うっかり分裂病の可能性を見落とすと治療が遅れ、そのぶん回復も遅れる恐れがある。ことに幻覚妄想が目立たないケースでは、見誤りやすいので専門家への相談が大切であろう。

●発症率は、人口の一%弱。かなりの人数に上る。分裂病患者の全員が入院したり、引きこもっているわけではないので、ちょっと雑踏へ出れば必ず分裂病患者とすれ違っているはずなのである。

●発病に際しては往々にしてストレス状況が見られるが、それはあくまでも「きっかけ」にすぎない。A君の場合も、受験の重圧はあったがそれだけで発病したわけではない。

●脳内の生化学的異常が病状に大きく関係していることは判明しているが、メカニズムの解明はいまだ途上にある。遺伝もある程度関与しているが、いくつもの要因が同時に作用して発病するようである。

●治療は、陽性症状にはクスリが不可欠。陰性症状にはクスリに加えてデイ・ケアや作業療法などのリハビリテーションが必要。精神療法もあわせて行なわれるが、精神分析やカウンセリングのみで治そうといった発想は、しないほうが賢明であろう。

●妄想の内容は科学の発達を先取りするとか、社会不安を反映するなどといわれることがあるが、実際にはせいぜい道具立てが変化する程度でしかない。妄想に過大な象徴性や詩的なものを期待するのは愚かな態度である。

●A君のように入院が三カ月で済むケースもあれば、三十年も入院している患者もいる。後者は治療開始が遅れたうえにクスリが効きにくく、また退院先が見つからないなどの問題が重なったためであろう。

●治療における今後の見通しとしては、陰性症状に効果的な薬剤の開発がひとつのポイントになるだろう。

ブックガイド

『**精神病**』
笠原嘉　岩波新書

『**心で見る世界**』
島崎敏樹　同時代ライブラリーNo.210　岩波書店

うつ病(Unipolar Depression)

悲しみが生み出される寸前の悲哀感

うつ病という疾患は、
精神と身体の中間領域に生じた病気であり、
いわば「臓器的精神」に発生した異変なのである。

小野博行

単極性うつ病は、国際的診断基準であるDSM-Ⅳ、ICD-10においては、それぞれ、うつ病性障害、うつ病エピソードとして分類されているものに相当する。これらの操作的な診断基準は研究目的にも多用されており、診断学の専門家でなくても使用できるという意味で、精神医学外の分野の人々にも利用しやすいものといえる。しかし、そのことが必ずしも単極性うつ病の明確なイメージの形成に直結するわけではないため、ここではそれらの診断基準に縛られずに解説していこう。

単極性うつ病とは原則的には躁状態が出現せず、抑うつ状態のみが出現する病態をいう。抑うつ症状は、精神症状と身体症状とに便宜的に分けて述べることができる。

［精神症状］ 精神運動抑制(興味の減退、思考制止、意欲低下)、悲哀感、不安焦燥、希死念慮など

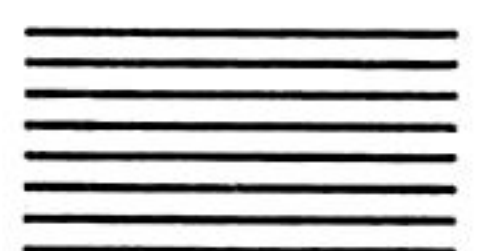
［身体症状］ 睡眠障害、食欲低下、性欲低下、便秘など

——これらの症状は、典型的には、朝方ひどく夕頃から軽くなるという日内変動を示す。

さて、まずは精神症状と身体症状とに分けて述べたが、本来、これら両症状は截然と分けられるものではない。たとえば上記の悲哀感についていうと、うつ病の悲哀感とは、正常心理としての悲哀感とは異質なものである。うつ病の悲哀感とは**生気的悲哀感**とも呼ばれるように、悲しさというよりも、胸の違和感やみぞおちの不快感などとして感じられることが少なくなく、その

ため、食欲不振ともあいまって、胃の病気になってしまったのだと誤って自覚されてしまうことがある。

このように、精神症状とはいっても、身体を巻き込んだ現われ方をするのが特徴であるが、しかし、この悲哀感も完全に正常心理としての悲しさと断絶しているわけではない。ある患者の「小さい頃に泣きだすときに、胸の辺りがひくひくと変な感じになるでしょう。あんな感じです」という言葉が示しているように、うつ病の悲哀感としての胸の違和感は、泣きたくなるような悲しみが生みだされる寸前の身体状態であり、情動としての悲しみにいまだ分化されない原初的な悲しみといえるのである。このように、悲哀感という一症状にも現われているように、うつ病という疾患は、精神と身体の中間領域に生じた病気であり、いわば「臓器的精神」に発生した異変なのである。

単極性と双極性との関係

冒頭で、「単極性うつ病とは原則的には躁状態が出現せず」と書いた。単極性である限り、双極性を特徴づける躁状態が出現しないのは定義的要請であるともいえるのだが、実は、この点は症状論的にも精神病理学的にも微妙な問題を孕んでいる。単極性と思われるうつ病でも、双極性の場合のような顕著な躁状態は呈しないものの、回復過程において軽い躁状態がみとめられることがしばしばあり、うつ病発症前に躁状態とはいえないまでも、過活動・高揚状態が少なからず存在している。そして、単極性うつ病とある時点で診断されたケースについて追跡調査をした結果、その後、少なからぬ割合で双極性の（躁）うつ病を発症したという有力な報告もある。

これらのことを考え合わせて、単極性うつ病とは、双極性の（躁）うつ病を発症しうる体質の人が、いまだ双極性を発症せずに単極性に留まっているという見方も提出されており、（躁）うつ病とはすべからく双極性なのであって、単極性とは躁的成分が希薄なものにほかならない、という理解の仕方も成り立つのである。しかし、この件に関しては研究者間でも意見の分かれるところであり、今後の研究課題といえる。

うつ病の病前性格

さきほど、うつ病という疾患が発生する領域を精神と身体の中間領域、「臓器的精神」と述べたが、この領域は環境世界の特性が人間身体に刻み込まれる領域でもある。**テレンバッハはエンドン・コスモス**（エンドンとは**内因**、すなわち、未知ではあるが身体的なあり方の様相のことであり、コスモスとは環境的なもの一般を指す）という用語でこの特徴的な領域を表現している。テレンバッハによると、エンドン・コスモスという領域に、環境世界における四季の変遷や夜と昼の交代など、年単位・月単位・日単

位などのリズムが刻み込まれる一方、人間社会という環境世界が有している秩序的なあり方が同化される。

うつ病になりやすい人は、この秩序に対する同化傾向が生来的に強く、また、単に秩序に同化するだけではなく、身の回りを秩序的なあり方に構成（状況構成）しようとする傾向が強い。テレンバッハは、このような特徴を持つ、うつ病になりやすい性格者をメランコリー型と呼んだ。うつ病になりやすい性格としては、テレンバッハのメランコリー型のほかに、下田光造の執着気質、クレッチマーの循環気質などが挙げられるが、紙幅の都合によりこれらについては説明を割愛せざるをえない。

うつ病の発症メカニズム

テレンバッハによると、メランコリー型の人は秩序的なあり方に、質・量ともに高いレベルで状況構成しようとするが、そもそもそれは現実的には両立不可能であり、その構造的矛盾が顕在化するに至った時点で発病という事態が起こる。飯田眞氏によると、元来、対象希求性の強い循環気質の人が、幼少時に母親など近しい人との関係に充分な充足感が得られなかったとき、防衛機制（メカニズム）として強迫機制が選びだされて、その不充足感を、規範的なものに沿わせ自己形成を遂げることで代償しようとするが、この規範的なあり方を維持できなくなったときに発病が生じる。このように精神病理学的には、うつ病の発症メカニズムは主に規範との関係をめぐって展開されているのである。

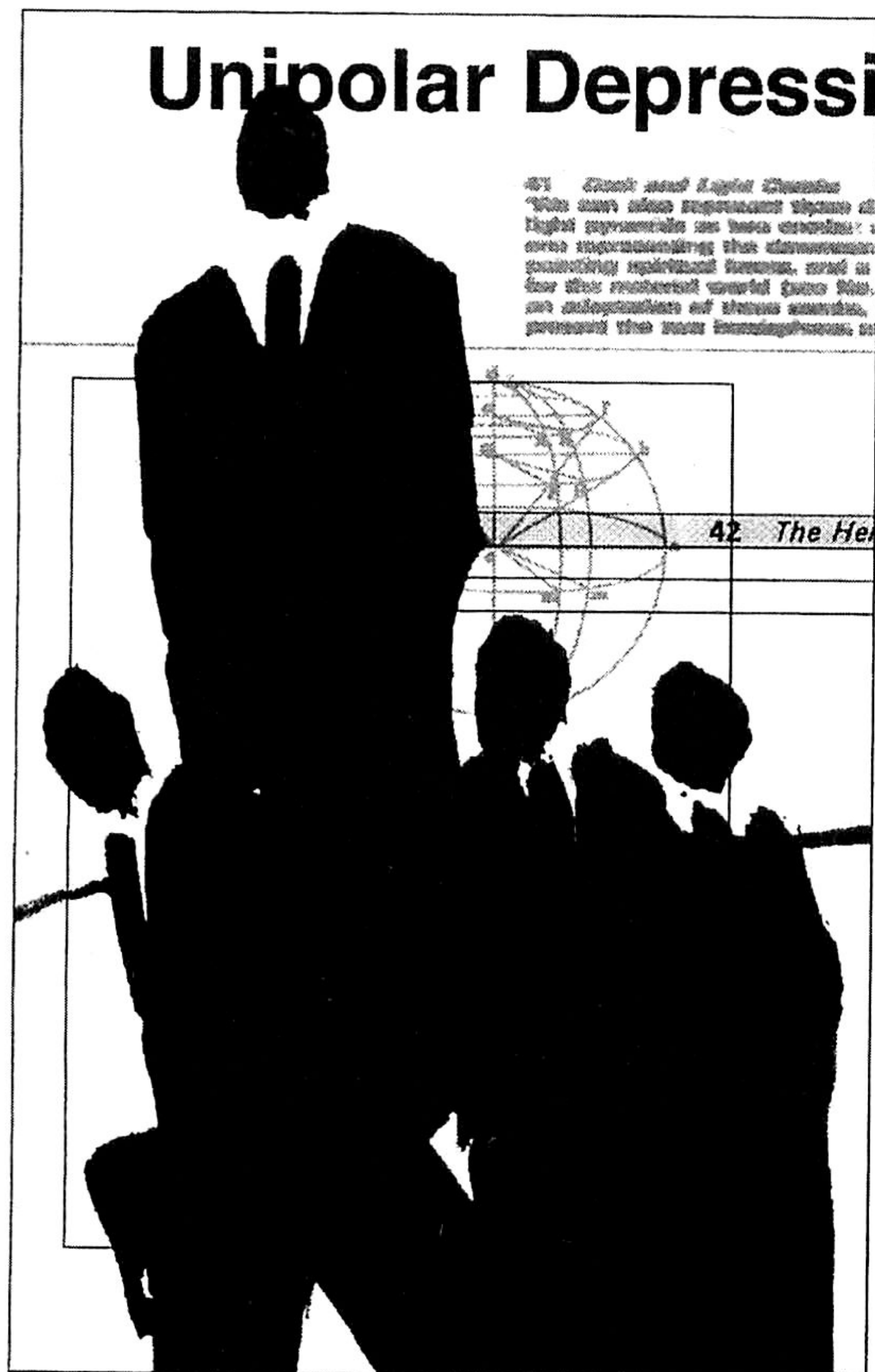
▼ケース　負担の多い仕事内容

以下にうつ病のケースを二例提示しよう。一例は古典的な発病形態をとったものであるが、遷延化するに至り、配偶者との間にうつ病に特徴的なコミュニケーションがみとめられた例である。もう一例は、現代において増加傾向にあるとみなされている逃避的傾向の強いうつ病である。薬物療法も含め治療的側面の多くは専門的色彩が強いため省略する。

A氏・男性・会社員、初診時四十一歳、妻・長男・長女との四人暮らし

大学卒業後、某企業に入社。入社三年後に課長補佐に昇進し、それに伴ってC課長から仕事全般を任されることが多くなり、仕事内容も難しくなった。与えられた仕事をやるだけでよい立場から、自分で計画を立ててやらなければならない立場になり、C氏もA氏に対し支持的に接することをやめた。A氏は途方に暮れ、徐々に不眠、食欲低下、集中力低下、決断力低下、抑うつ気分、制止などの症状を呈し、自ら精神科を受診した。うつ病との診断を受け、通院したが軽快せず、病状は遷延化傾向を示した。

入社六年目に転地療養もかねて地方に転

illustration／安芸良

勤となった。比較的負担の少ない仕事内容で、病状も好転し、入社十年目に課長に昇進し、元の部署に戻って、部長となっていたC氏のもとで再び働くこととなった。ほどなくうつ病が再発する一方、この頃から妻からかまわれたいという気持ちがわいてきた。病状の好転が見られないため、A氏自身の希望もあって入院となった。

A氏は入院後、夫婦仲がよくないことを真っ先に話題にし始め、「午前零時〜一時頃に帰宅すると妻が食事と酒を出す。私が食事をしている間、妻は自分の部屋に行って読書をしたり編み物をしたりする。食べ終わると後片づけをし、さっさと寝てしまう。夫婦の会話がない」と語ったり、「妻との会話をもっと弾ませたい。話しかけても反応が戻ってこない。車を買いたいと思って妻に、『友人が二百五十万で買った』と話を切りだしたが、『あ、そう？』というすげない返事しか戻ってこなかった」と語った。妻は来院した折、「夫は帰宅してもあまりしゃべらない。もっとしゃべってほしい。私はあまりしゃべらないタイプ。夫に話しかけると怒るんじゃないかという気がして恐い。イライラしているような感じで……。最近、夫から離婚してもいいと言われた。私が『私は寒がり、あなたは暑がり。だから別々に寝るしかないんじゃないの』と言ったら、そう言われた」と語った。

以後、定期的に夫婦合同面接を行なったが、その中で、A氏が「妻とすべてを包み隠さず話し合って〝とことん〟わかり合いたい」と述べると、妻は沈黙を守ることで応対したり、A氏が「私は夫婦の会話をもっとしたいと思っている。それなのに妻はこの前の食事のとき、食後に本を読んでいた。私のことを嫌っているのだろうか。私としては、今日、会社で苦労したことやうれしかったことを話して、会話が雪だるま式に膨らんでいくことを望んでいる」と述

べると、妻は「子どもに対して母であるだけでなく、夫に対しても母でなければならないのか」と応対することがみとめられた。

ここでは、退院に至る過程および退院後の経過については省略せざるをえないが、退院後、抑うつ状態からの回復の端緒となったエピソードとして、「だるくて一日中横臥することが二日間あった。私がそのような状態でも、妻は心配してくれず声もかけてくれない。そこで私も口をきかないようにしていた。すると妻も口をきかず、お互いに黙っている状態が二週間程度続いた。耐えられなくなって、昨日、私のほうから妻に、『黙り合っている状態はよくない』と口を開いた。その後は普通の関係に戻った」というA氏自身の言葉を付加しておく。

B氏・男性・会社員、初診時二十七歳、妻との二人暮らし

入社後四年目に、営業職から事務職に異動となり、営業とはまったく異なる新しい仕事であるために、速やかには業務を身につけることができなかった。B氏によると、ベテランの女子社員から厳しい指導を受けて、負担になっていたとのことである。上司の課長によると、B氏にはミスが少なからず出現している一方、頼んだことを忘れやすく、スケジュールに関してルーズな傾向が見られ、叱責することは控えるように心がけたが、立場上、「このままでは困る」くらいの注意は与えた、とのことである。また、日が経つにつれ、前任地での仕事上の不手際が判明し、それに関する問い合わせがB氏に頻回にくるようになり、負担になっていった。朝になると出社が恐くなり、出社してからも、また怒られるんじゃないかと追いつめられるような気持ちで仕事をしていた、とのことである。

異動して半年後、かつて経験したことがないほどの腹痛を感じ内科を受診するが、目立った異常はみとめられなかった。あるとき、ミスがもとで主任から叱責されることがあった。翌朝、再び腹痛が出現し、二日間休んだところ、出社するのがおっくうになって休み続けた。数日後、自ら精神科を受診したところ、不眠、食欲低下、抑うつ気分、意欲低下など軽度の抑うつ症状がみとめられ、抗うつ薬などが投与された。

一カ月弱の自宅療養の結果、上記の症状も消失し、B氏自身、再出勤に対する自信と意欲を語った。この時点で、課長もまじえて職場での受け入れ態勢を整え、約一週間後に再出勤の予定とした。予定の日の前日までは順調に経過していたが、前日の夜、一睡もできず、そして当日も出社できなくて、以後、休み続けた。午前八時頃に起床するが、気持ちが重くなって出社できそうにないと感じて休むとのことであった。

自宅にいる限りは症状もみとめられず病状も安定しているが、出社するとなると急速に病状が不安定化するため、自宅療養を続ける限り出社の見通しが立たない構造になっていることを説明した。そして、入院し試験出社を通じてさらなる病状の改善を図る方針を勧めたところ、それでは入院をよろしくお願いします、と入院の方針に同意を表明したが、その後妻の反対にあった

から、と入院についての同意を翻した。「このたびは、自宅療養を続けても、不眠・食欲低下など、症状が改善しきらず、約一カ月後、妻も自分の判断で入院の決定を行なってもいい、と言うようになった」とのB氏の報告があったため、妻の了承を確認したうえで、約一週間後に入院予定とした。しかし、入院予定の直前に至って入院をとりやめる、との電話連絡がB氏からあり、入院がキャンセルとなった。

その後は、入院に対して抵抗感を抱いているB氏および妻の気持ちを汲み、入院を勧めることは控えた。復職の見通しの立たぬまま、外来での治療を続けることになったが、ほどなく症状は消失した。二、三週間後、B氏は唐突に、妻とも話し合った結果、と前置きをした後、会社を退職したいという意向を語った。B氏は課長や人事担当者とも話し合いを持ち、その意向は了承され、退職となった。退職後は、妻とともにB氏の実家のそばに引っ越し、働いている妻の収入でしばらくは生計を立て、転職先を探すとのことであった。

うつ病者の対人様式

A氏夫婦に対して行なった夫婦合同面接は、治療法的には家族療法に分類されるが、A氏と妻との関係の調整という意味では、より広く対人関係論的視点から説明することが可能である。そのため、まず、家族療法におけるコミュニケーション学派のヘイリーが提出した「対人関係の型」を紹介しよう。

ヘイリーは、一般に対人関係においては関係のあり方の定義づけ（関係のあり方を規定すること）をめぐってなんらかの争いが存在するという視点から、対人関係の様式を次の三つの「対人関係の型」に分類した。すなわち、「対称的関係」「相補的関係」「メタ相補的関係」である（「対人関係の型」は精神疾患を直接的対象としたものではなく、健康人にもみとめられる対人様式として提示されたものである）。「対称的関係」とは、相手を批判する、ないしは互いに競い合う場合のような、対等かつ抗争的な関係のことをいう。「相補的関係」とは、一方が教えて他方が学ぶというような、一方が「優位」で他方が「劣位」という主従の落差を伴った関係のことをいう。「メタ相補的関係」とは、たとえばAが途方に暮れた行動をとり、それによってBに面倒をみさせるような場合である。

このとき、AはBに面倒をみてもらうという従的な立場、ないしは「劣位」に置かれるような状況をあえてつくりだすことで、Bに面倒をみさせているのである。このように「メタ相補的関係」とは、一見すると相補的な関係に受動的に陥っているかのようにみえても、実はメタ的立場から関係性を規定しているのであり、関係の中に参与しながら関係性そのものを定義づけようと操作しているあり方をいう。

対人関係の五つのポジション

筆者は「相補的関係」と「メタ相補的関

係」にそれぞれ「優位」と「劣位」の二つのポジションを下位分類として加えた「対人関係の型」を提示し、（躁）うつ病に適用して、五つのポジションに応じた対人様式と病状との関係の理論化を行なった。ここで若干の説明が必要となってくるのは、「近さ」という概念である。うつ病になりやすい人は、生来、強い**対象希求性**を有している。この場合「対象」とは、通常、人間であり、その典型は肉親や治療者など本人が近しく感じている人である。この強い「対象希求性」に基づいて親密な関係を形成しようとするのであるが、この関係の中で希求されている特有な成分を「近さ」という言葉で表現するのである。この心理的な距離を表わす「近さ」は、うつ病を論じる際に避けて通れないきわめて重要な概念なのである。

では、五つのポジションについて説明しよう。

対称的位置　この場合、病者の「近さ」の希求は充足されず、二人の間には関係の規定をめぐって常に緊張と軋轢が生じるとともに、これによる疲弊状態が存在している。

相補的優位　勤勉な病者の場合、病前において一家の稼ぎ手として、あるいは家族から頼りにされる立場として「相補的優位」をとっていることがあるが、抑うつ状態から回復するにつれ、この「相補的優位」を再び引き受けることが課題となり重荷となって、抑うつ状態の完全な解消が得られない局面がある。

相補的劣位　この場合、病者は相手から何かをしてもらえるという受動的な位置にあり、この点で「近さ」の希求はそれなりに充足されている。しかし、「劣位」に置かれ相手からの支配を受け続けているための屈服感や主体性の剥奪感が抑うつ状態に加味されている。

メタ相補的優位　躁的成分を性格中に少なからず含んでいる病者の場合、対人関係上の暗黙の了承事項や、〝場〟が遵守を要請している日常的な〝きまりごと〟を半ば無意識的に踏み越えるが、親しげな調子やなれなれしさやフランクな気味を込めることによって、それを容認せざるをえない雰囲気をつくりだす。このようにして、日常生活や対人関係の中に張りめぐらされている〝きまりごと〟を無効化・弱体化し、行動範囲と自由度の拡大化をはかるのである。すなわち、対人関係論的には、自らを「優位」に置くように関係性を操作しているため、その関係様式は「メタ相補的優位」とみなすことができる。相手は、「劣位」に置かれるための屈服感や、自由な関係性を抑圧されてただ一つの関係を強制されるために主体性の剥奪感が生じる。そのため、病者は暗々裡に相手からの反発や抵抗にあうことになり、関係は不安定要因に晒され続け、不安が生じるとともに、一見親しそうな関係とは裏腹に「近さ」が充足されないため、抑うつ感が潜在し続ける。

メタ相補的劣位　この場合、相手からの支持が得られ、病人として特別に処遇されるという点で屈服感も主体性の剥奪感もない。この関係においては、相手からの支持や特

別な処遇を受けるうえで抑うつ症状が利用されて、「メタ相補的劣位」が実現している。病者は「近さ」の充足および関係性の支配という疾病利得を得ており、抑うつ症状は固執され、こうして一定の病的に安定したホメオスタシスが成立することになる。

以上に述べた「対人関係の型」から、さきのケースのA氏と妻との関係を描写すると、A氏は妻からかまわれたい、など一貫して「近さ」の関係を実現しようと試みているが、妻はその手法には乗らず、「近さ」の関係を拒絶しており、二人の関係は「対称的関係」に膠着している。退院後、A氏自身が語ったエピソードには関係様式の変化が如実に現われている。「だるくて一日中横臥」しているという抑うつ症状が「近さ」を実現するために利用されており、A氏は「メタ相補的劣位」をとろうとしているのであるが、やはり妻はその手法には乗らず、結局は、A氏のほうから話しかけ、二人の関係は「対称的関係」から「相補的優位」の関係へと移行している。治療的に見ると、このような経緯を経て実現した「メタ相補的劣位」の断念が、A氏の場合、治癒的に作用したものと思われる。

増える逃避型抑うつ

提示したB氏のケースのような逃避的傾向の強いうつ病が、現代において増加している。広瀬徹也氏は一九七七年、このようなうつ病に着目し、**逃避型抑うつ**と命名して、その臨床像を描写した。以下、そこから抜粋し紹介する。

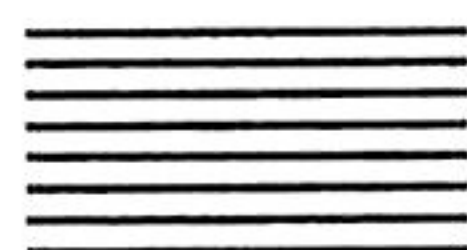
ここに挙げた2例を含め、類似の例は8例を数えるが、いずれも男子で、エリートトサラリーマンであることが単なる偶然以上の意味をもっているように思われる。年齢は20歳台の後半から40歳台にかけてが多い。ひとりっ子か、同胞中男子は患者のみである場合が多い。幼少時は両親に過保護に育てられるか、物質的に恵まれ放任されて育っていることが多く、苦労の経験に乏しい。大学卒業までは平均以上の知的水準のため、受験地獄といわれる昨今の入学試験の関門をさしたる努力も要さずに通過してきており、葛藤の少ない生活史を送ってきている。水準の高い生活を初めから与えられることで、他人を押しのけ上に立ちたいという野望は持たないが、努力なしに高い生活水準や体面を保ちたいという願望やプライドは強く、それが長期にわたって実現されることにより、ますます体面の維持が身についた目標となっていく。

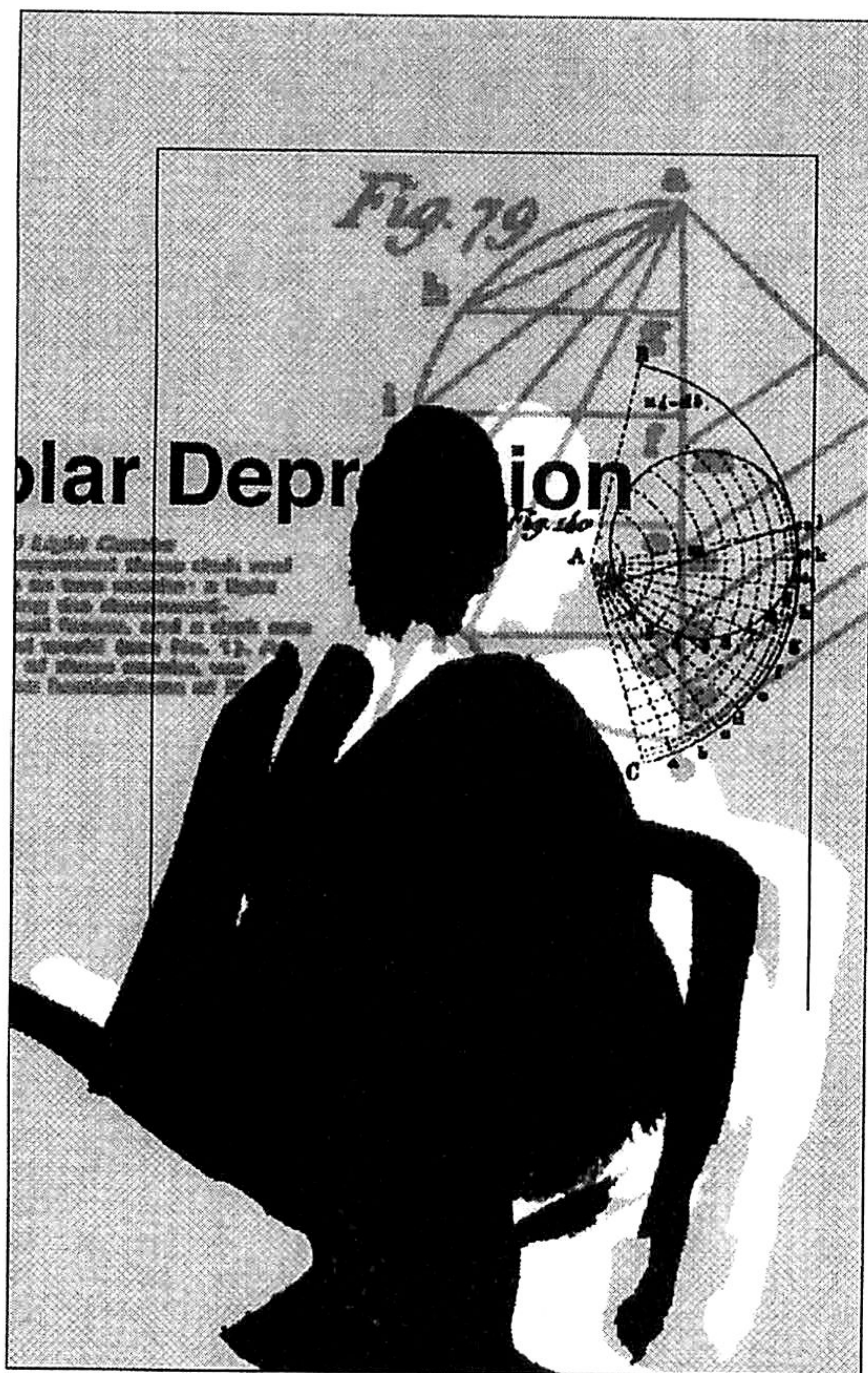
彼らの人当たりは柔らかでそつがなく、明瞭なヒステリー性格者のように自己を押し出し、嫌味を与えることもない。余裕をもってスマートな遊びもできる点メランコリー親和型の者とは対照的である。身についた高い水準に固執するため、一見完全主義で几帳面とみられがちだが、あれもこれもといった貪欲さや根をつめる強力性の要素はなく、自ら条件を課して適応の幅を狭める結果に終わっている場合が多い。

彼らが順調に来た人生の途上で、従来のやり方では対処できない負担に遭い、抑うつに陥る状況は職場の配置転換が大部分であり、男性のうつ病一般にみられるのと同様である。ただし、メランコリー親和型の者が状況の変化にもがき、苦しみながら抑うつに落ち込んでいくのに対して、彼らは従来のやり方で乗り越えられないと分かると、あっさり解決への努力を放棄し、抑制を中心とする不安・苦悶のない抑うつに飛びこんでいくかのようにみえる。（中略）

入院後のある期間、復職を考えずに療養に専念できる間は入院生活や療養生活を楽しんでいる風すらみられるが、復職の時期等が具体的に問題にされるにつれ、再び1日中横になったままの状態に逆戻りしたり、出社恐怖ともいえる状態が出現する。症例1で挨拶に出社するのが躊躇されて、1日延ばしにしたり、症例2で診断書を提出に行くだけでも会社の玄関をくぐることができず、会社の近くの喫茶店に電話で上司を呼び出したのがその1例である。

以上は典型例であり、実際にはさまざまなバリエーションがある旨、広瀬氏自身、注釈しているが、ここには、二十年後の現在においても、逃避的傾向の強いうつ病のエッセンスが描きだされているといってもよい。むしろ、社会構造の変化が当時よりもいっそう加速されている現代においてこそ、その病理構造が鮮明に浮かび上がってくるのであろう。広瀬氏の個々の描写が緊密に連関し合っており、多面的な病像が有機的に形成されている様が見てとれるのである。

逃避型抑うつの病理構造

逃避型抑うつの場合、発病当初は抑うつ症状を呈するが、自宅療養や抗うつ薬の投与によって比較的速やかに症状は消失する。しかし、いざ職場復帰となると急速に出社恐怖状態に陥ってしまい、頭痛や腹痛などの身体症状や気分の重さ・眠気、時には寝込みなどが出現するのである。それは一見、単に嫌なことからの逃避のようにも見えるのであるが、「会社の玄関をくぐることができず」という上記の描写にも表われているように、明白な**恐怖症**状態なのである。すなわち、逃避型抑うつの場合、病像が抑うつ状態から恐怖症状態へと速やかに移行し、また、この両状態はその時々で混在・移行し合って病像を形成するのである。

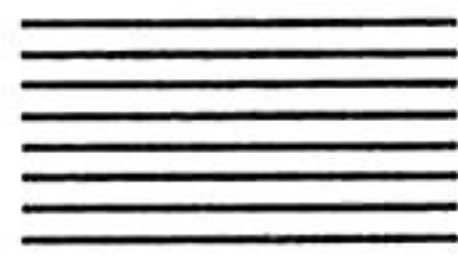
そのメカニズムの一端を筆者は、〈人がある共同体の成員となっている、とは、当の共同体への参入と帰属が承認されているということにほかならない。このとき、参入と帰属の承認は無条件的になされているわけではない。（中略）前うつ病者にとって、参入と帰属の条件とは、規範適合的な限界的な努力を要するものであって、その過酷さにおいて「イニシエーション儀式」と同等のものと見なせる。（中略）抑うつ発症後、恐怖症的心性が出現し、それがたとえば再出勤を阻む一因となっているなどの現象が

諸家によって指摘されている。（中略）当の共同体への帰属を失い、再び参入を果たさねばならなくなったとき、病者は限界的努力を必要とする過酷な参入の条件に直面せざるをえない。病者は「イニシエーション儀式」に対する恐怖と同質の恐怖をつのらせ逃避的となるのである。〉と書いた。（本来、「イニシエーション」という言葉だけでも儀式の意味を持っているのであるが、単に「イニシエーション」と書くと昨今のブームである宗教的イニシエーションと混同される危険性があるため、あえて「儀式」という言葉を添えて、文化人類学的な視点の導入を意識した）。

　逃避型抑うつの場合、通常ならば成長の過程で経験せざるをえないさまざまなミクロな「イニシエーション儀式」を通過しないまま成人している可能性が窺われる。「イニシエーション儀式」とは、個人のレベルをはるかに超える共同体のレベルから与えられた試練なのであって、それがもたらす不安・恐怖は、親など個人が叱ることによる恐怖とは次元を異にしている。彼らは、広瀬氏の述べるように、過保護に育てられ、平均以上の知的水準のため、さまざまな関門を容易に通過しているのであり、また、貪欲さや根をつめる強力性の要素がないため、難関と感じられるような事柄にあえてチャレンジしようとする上昇志向もない。

　何よりも現代においては、未開民族におけるバンジー・ジャンプに見られるような、恐怖の克服と一体となった成人の儀式ももはや形骸化しており、こうして逃避型抑うつの場合、「イニシエーション儀式」的な場面に触れることもなく、その恐怖の克服の経験も乏しいいまま社会に参入することになるのである。

　ところが、現代の会社組織はいまだに旧来のヒエラルキー構造を強く有しており、役割遂行に関し、当然、賞罰が加えられる。

役割遂行が達成されている間は、組織の持つ懲罰的な側面が意識されないですむが、うつ病発症の後は、再び当の役割に戻ることをめぐって、組織という場の持つ懲罰的性格が病者の意識の前景を占めるようになる。したがって、逃避型抑うつの患者の真の恐怖対象は、職場の具体的な人物などではなく、懲罰的イメージに変容してしまった職場という集団的な「場」そのものなのである。

社会と人間精神との関係

以上の観点から現代の日本の特色を考えると、その一つは、第二次世界大戦終了後、戦争経験が皆無に等しいという歴史上稀有な時代である点にあると思われる。ところが、現代の会社組織は、今なお、死と背中合わせの時代に生きた戦争体験者がその頂点に位置している。彼らにおいては、過酷な「イニシエーション儀式」を通過して初めて形成されうる高い次元の「集団的自我」が、「個人的自我」とともに精神構造の構成要素となっているのであり、それを反映して会社組織も強いヒエラルキー構造を有している。一方、現代の社会を全体的に見ると、むしろ、いたるところでヒエラルキー構造の弱化がみとめられるのであり、ここに戦後生まれの人々と会社組織との間に鋭い構造的不和が発生する余地があり、逃避型抑うつが現代において増加している社会的背景となっているものと思われる。

社会構造・社会制度は人間精神構造を反映し、人間精神構造は社会構造・社会制度に規定される。この循環過程が個人と社会との間にみとめられる以上、そして、うつ病が社会文化的変容の影響を受けやすい疾患であることを考え合わせると、今や、社会ないしは共同体が持っている特性と人間精神構造の形成との関係を綿密に検討しなおさなければならない時代になっているといえよう。今後は、これまでにも増して、アルノルト・ファン・ヘネップが一九〇九年に著した『通過儀礼』などの古典の研究をはじめとして、社会学、文化人類学など、医学外の多様な学問領域との幅広い連携が必要になってくるのである。

[参照]
▼双極性うつ病（196頁）

ブックガイド

『「逃避型抑うつ」について』『躁うつ病の精神病理2』
広瀬徹也　宮本忠雄編　弘文堂

「うつ病と家族療法」『家族療法ケース研究5　うつ病』
小野博行、松浪克文、遠藤謙二ほか　下坂幸三、飯田眞編　金剛出版

「慢性うつ病の家族療法」『家族療法ケース研究5　うつ病』
小野博行、松浪克文、飯田眞　下坂幸三、飯田眞編　金剛出版

「躁うつ病の家族療法／対人関係論的視点から」『こころの科学』68
小野博行　日本評論社

「うつ病の家族療法」『臨床精神医学講座4　気分障害』
小野博行　広瀬徹也、樋口輝彦編　中山書店

コラム⑩ 歴史にみるケース【1】

アンナ・O（Anna O.）

成田 毅

本名はベルタ・パッペンハイム（一八五九～一九三六年）。オーストリアの名門ユダヤ人のひとり娘として生まれた彼女は、元来、神経質な様子はまったくなくいつも健康だったという。ただ、学校を卒業してからは、時々空想に夢中になり、話しかけられてもわからないこともあった。鋭い直観的な知性と高い教養をもち、忍耐強く、他人のためにはその強い意志を放棄するといった性格だったという。

二十一歳のとき、尊敬し熱烈に愛していた父が結核のために入院することになった。回復の見込みがないことを知りながらも看病に当たっていたが、突然、彼女はさまざまな症状に煩わされることになった。

まず、神経性の咳や後頭部の痛みに続き、手足が麻痺し、一つのものが二つに見えてしまう視力の障害に陥る。やがて、まったく異なる二つの意識状態に支配されてしまう。そして、彼女の話す言葉から文法がなくなり、彼女自身、言おうとする言葉がみつからず、理解不能になるという言語障害にいたる。

主治医となるジョセフ・ブロイアーが呼び出され、治療に当たることになるのだが、彼女の二つの意識状態に接しているうちにあることに気がついた。不安感はあるものの、わりと周囲の状況を理解できる正常な状態と、幻覚を帯びて、口うるさく、麻痺しながらも動かせる指で下着のボタンを引きちぎってしまうような状態、この二つの意識の間を移行するときに、彼女は自己催眠に陥るのだ。そしてこの状態で、症状が起きた当時の状況を回想させると、症状がピタリと消えてしまったのだ。

ちなみに、ブロイアーはこの経験をもとに催眠浄化法を創始するが、彼と共同研究をしていたジグムント・フロイトも示唆を受け、やがて精神分析療法を確立することになった。

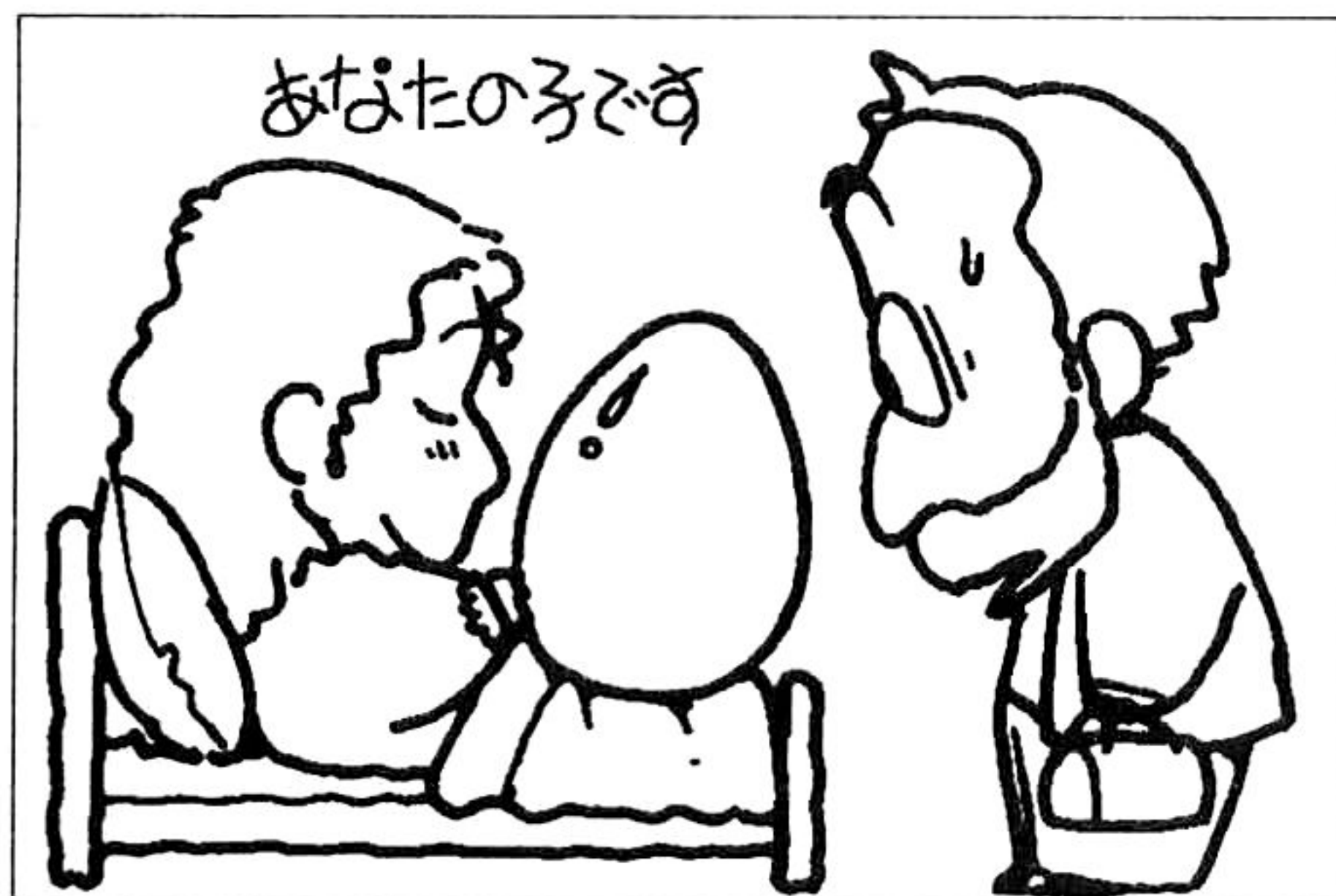
父の死後、彼女は三日間まったく眠らず、食事も摂らず、自殺願望にとらわれて、黒いヘビや死者の頭の幻覚をみたりした。ブロイアーの催眠療法で良くはなっていたが、ある日、彼女はベッドの上で想像上の分娩をし、赤ん坊はブロイアーの子だと言い張った。このショッキングな出来事のため、ブロイアーは逃げ去り、以後二度と彼女に会うことはなかったという。

その後、彼女は六年間ほど療養所を転々とし、昼間は正常で夜は幻覚をみる状態だったが、三十歳になるまでには治り、再発もなかったという。

彼女はフランクフルトに赴き、ドイツ最初のソーシャルワーカーとなり、また、婦人解放運動に参加してナチの強制収容所からユダヤ人を救出する運動もしていたという。

彼女の場合、心の状態の時期によって違うが、トータルにみるならば、さまざまな身体症状からは転換性障害、言語障害や幻覚からは特定不能の精神病障害、想像上の分娩や二つの意識状態の交代から特定不能の解離性障害というふうに、現在では言えるかもしれない。

illustration／工藤六助

躁うつ病(Bipolar Depression)

爽快から怒り、そして停滞

近年になって、軽症例はますます注目を集めるようになってきている。性格の問題なのか、躁うつの症状なのか判然としない訴えや行動が目立って多くなってきている。

中野陽子

誰にでも好不調の波はあるものだが、**双極性障害**の患者は、ある一線を越えた独特の色調を持った躁とうつの波を経験し、その波は繰り返される傾向にある。

躁状態になると、まず患者は爽快感を覚える。朝、普段よりずっと早く目覚め、さっと活動を始める。物事に対して楽天的となり、行動すれば何事もうまく運ぶような感じである。通常の生活において抵抗となっていたもの、身体的エネルギーの限界、現在の心配の種、将来に対する不安などが、いつの間にかとけてなくなっている。酒量が増え始める。性欲は昂進し、いつもは依存しているパートナーや配偶者には不満が多くなり、ほかに性愛的関係がいくらでも持てるように思えてくる。

また、購買欲は増加し、後の生活にダメージを残すほどの浪費をする。親戚や友人は自分の助けがないので困っている、自分がとりはからって彼らを助けてあげればうまくいくと思い、いろいろな問題に首をつっこみ、それに対して感謝がなされて当然と考える。上司には反抗し、自分の気に入らない部下が失敗したときにはこてんぱんにこきおろす。正義、正論の主張が激しくなり、時に周囲が隠蔽している悪を暴く。しかし、うまくブレーキをかけながら自分の意見を浸透させていくことができないため、すぐに周囲とぶつかってしまう。

この段階を越えると、他人から見ても明らかな異常が目立つようになる。言うことが一つのところに定まらず、駄洒落などを介しながらどんどん飛翔していく(観念奔

逸と呼ばれる）。誇大的、楽天的な観念に支配され、急に、現在の商売を三倍に拡大するといった、実現性の乏しい計画を打ちだす。誇大性は、自分が重要な発明をしたと信じるような妄想の域に達することもある。さらには、不眠不休で動き回り、体重も著しく減少し、錯乱状態にまでいたる。

爽快感から怒りの爆発へ

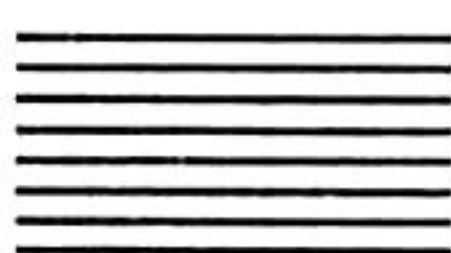
爽快気分を基調とする躁状態は長くは続かない。早晩、怒りっぽさのほうが目立つようになる。爽快気分のとき、患者は、自分が周囲の人間と共鳴し合い、自分のしたことにすぐにも反響が返ってくると思って行動している。しかしそれは、実際には、周囲の反対にあうような行動だったのである。献身的に人の面倒を見ようとしたつもりなのに、周囲はちょっかいを出すなと言う。さまざまなよい計画を立てたのに、まわりは、そんなとんでもないことをするなと言う。正論を主張し続けたのに、知らん顔で物事を適当におさめておこうとする人だけがまわりにいて、挙句の果てに精神科に入院しろとまで言う。それらに対して患者の憤怒が爆発する。

しかし徐々に、患者自身の中にも、自分が空回りをしているのではないかという感覚がしのびこんでくる。盛夏のただなかにいたのが、なにやらどす黒いもののまわりにまだ残り火が燃え盛ろうとしているような状態になってくる。このようにして、躁状態は終わりに近づいていく。

うつ状態のときの症状は、**単極性のうつ病**に出る症状と基本的には変わらない。思考も行動も前に進まず、物事の決断ができず、先の見通しが立たず、将来には不安しか見出せない。躁状態のときには抵抗がとれた感じだったのが、今度はさまざまな抵抗物が重くのしかかる。体重は落ち、食欲もなく、なによりも活動的に自分の身体、思考が前へ進む感覚がなくなり、すべてが停滞してしまう。強い不眠が出現し、焦燥感や際限のない寂しさにおそわれる。

しかし、双極性障害の場合、多眠で動きづらいという症状のみがうつ病相の主症状となり、ほかの症状が目立たないこともある。

気分の波が上下するということ自体は、脳に器質的な病気がある患者、**精神分裂病**の患者などにも生じる現象である。ここに述べてきた特有の色調を持った気分変動を認め、ほかの疾患がないことが確認されてはじめて、その気分変動が双極性障害によるものと診断される。

病気の自覚がない病気

双極性障害になりやすい性格、および躁状態やうつ状態を引き起こすきっかけとなりやすい出来事があると指摘されている。たとえば会社員がある地位に抜擢され、それまでは上からの重石もかなりきいたポジションにいたのが、大きな裁量権をふるうことができるようになる。仕事に没頭しているうちに、徐々に、部下に自分の意見に従うことを強要するようになり、対外的に

も尊大な態度を示すようになって躁状態に入っていくというようなパターンは、よく見られるパターンの一つである。発病に対して意味を持つ患者をめぐる状況の変化や、患者自身の性格が、やはり存在していると言わなければならない。

にもかかわらず、いったん病相に足を踏み入れたら、これを精神的働きかけで解決することは見込めない。これがこの病気の病気たるところである。したがって、治療の中心は**薬物療法**になる。躁状態はもとよりうつ状態でも、基本的に、とくに初期には病気の自覚がないので、家族と医師の説得のもとに治療を始めなければならないことが多い。その場合でも、医師が、患者の性格、置かれている状況、症状、周囲との間に生じている葛藤などを把握してそれらを本人に伝えることは、早期から適切な治療関係を作ることに役立つ。薬物療法は、うつ状態に抗うつ薬を、躁状態に抗躁薬を用いるが、躁うつの波に反復傾向が現われたならば、次回の波を予防する効果のある気分調節薬を持続的に投与するとともに、さらなる波に入り込む状況を回避するための環境調節を検討する。

双極性障害の経過はさまざまである。もともとは、健康な状態に復するというのがこの病気の定義のようなものであった。しかし、重い躁うつの波を反復するうちに、どことなく人格にしまりがなくなったり、能力水準の落ちてくる患者が存在する。また波の繰り返しが止まらず、中間の健常な状態にある期間がほとんどなくなってくるような重症例もある。一方、波があるといっても、たまに少量の薬物の補助を受ければ乗り切れる小さな波で、軽い波がむしろ創造的な方向に働き、豊かで生産的な活動を続ける人もいる。

▼ケース　周囲の評価への強い葛藤

ここでは二例を、解説をさしはさみながら呈示する。

ケース1　Ｉ君は利発で活動的な少年で、友人も多かったが、必ずしも多くの人からまんべんなく好かれるタイプではなかった。高校に入ると、もともとあこがれていた野球部に入り熱心に練習に励んだが、レギュラーになれないことが決まったころから多弁となり、なぜ自分が駄目なのかと監督に切々と訴え始めた。そのうち、あこがれのプロ野球球団のユニフォームを着て早朝、鍵が締まっているうちから学校に現われ、守衛の叱責に対して怒鳴り返すようになる。結局、両親と親戚が協力して、本人をはさむようにして車に乗せ精神科病院に搬送、すぐに入院となった。

一般に、単極性のうつ病は壮年から中年で発病することが多いのに対し、双極性障害の発病は二十代から三十代が多い。この少年の発病は、その平均よりもさらに若い。発病の時期に、患者が自分の能力に対する周囲の評価について強い葛藤を抱くという

ことは比較的よく見られる。
I君は、一カ月ほどの薬物治療でかなり落ち着いた行動をとれるようになったが、それでも、なれなれしく病院のスタッフに話しかけたり、少しでも行動を制限されると怒りを爆発させたりするなどが見られ、まだ躁病相にあると考えられた。I君はさらに三カ月して行動を自制できるようになり退院した。在院中から本人と家族には疾病について説明をし、退院後も次の病相を予防するために定期的に薬物を服用したほうが安全であることを伝えたが、本人は病気についての自覚を持たず、外来通院もすぐにやめてしまった。説明のしかたが不充分であった可能性も考えられるが、思春期の患者は、自分の病気を客観的に見る視点を持ちえないことが多いことも事実である。
I君は、その後野球部をやめ、しばらく目立たない学校生活を送っていたが、高校二年の終わりになって、今度は応援団のキャプテンに心酔し、その人を慕って行動を共にするようになった。ところが三カ月ほどしてから、今度は、その人とは縁を切り、アルバイトで知り合った不良仲間に心酔し、ファッションも、その人たちのものをまねて高額の洋服を買い始めた。まもなく、I君は毎朝六時に起きてギターを片手に駅前に行き、通勤のサラリーマンの前で歌を披露し、夜も繁華街へ行って同年代の人たちとけんかをするようになった。両親の制止には、これが俺の生き方なんだと怒るのみだった。再びI君は両親、親戚の手を借りて精神病院に入院となった。
入院生活は前回と同様の経過をたどったが、今度は退院時に外来通院を約束することができた。I君は高校三年の後半から、音楽を専門にすることを志し、現在は専門学校に入って、音楽の勉強やバンドのメンバーの手伝いなどをしており、軽い波に対しては外来治療における薬物調節で乗り切ることができている。しかし、このように若いときに発病して、すでに反復性の明らかな双極性障害の予後に関しては楽観できない。

ケース2 A夫人は、幼少時から心配症なところがあった。父は、中年期から時々「世の中の寂しさ」を訴えていたという。母は明るい性格で、かつ本人の話をよく聞いてくれていた。
A夫人は、もともと自分には性格に欠点があるので、きちっとした社会的地位を兼ね備えた人とは結婚できないと思っていたという。彼女は、親のすすめるままに、有能な官吏だが、両親をすでに亡くしている人と結婚した。彼女は後に、このような結婚ならば、夫の両親からの圧迫がないので自分でもやっていけると思ったと振り返っている。A夫人は、長男、次男が次々と生まれて子育てに忙しい日々を送っていたが、養育が一段落したころから、だるくて何事にも興味がわかない日々を経験するようになり、自分の父が訴えていたのと同じような寂しさを訴え始めた。彼女は、夫のために家事をおろそかにしてはいけないと頑張っても、夕食のために何を買ったらよいかも決めることができなかった。

子育ての充実感が減じたころにうつになるというのは、うつ病の発症パターンとしてよく見られるものである。

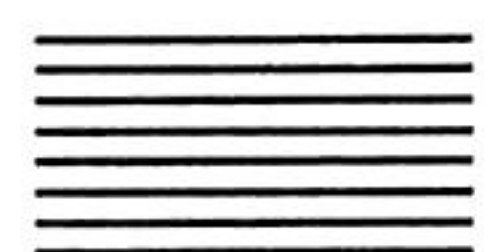
A夫人は精神科外来を受診し、抗うつ薬の投与を受けいったんは症状が回復したが、その後何度か再発を繰り返した。再発を繰り返すうちに、一つひとつのうつ病相が長くなることも多くなった。これには、夫の性格によるところも大きかったようである。A夫人はそれまで、神経質で欠点のある自分のような人間が家庭を維持するためには、人並み以上に家事をやらなくてはならないという義務感を持ち、一方で、自分の感情的な満足は子どもたちから得てきた。しかしうつが長びくうちに、彼女は、夫に対して、話しかけてもまるで壁に向かって話をしているようであることに不満を持つようになった。

子どもが独立するころになると、躁状態が出現した。躁になると、A夫人は、日常生活の行動では支障がなくなるものの、夫への不満をますます強く口にし、長男の妻に対して、嫁としてのやり方がなっていないとこっぴどく説教した。このために、長男一家は患者の家から遠方に居を構え、次男もあまり実家に寄りつかなくなった。A夫人は自分の寂しさを理解しない夫と二人きりの生活を送ることを余儀なくされ、病気のほうもますます躁うつの波が頻繁になった。

単極性で始まった躁うつ病が、徐々に双極性に移行するというケースは少なくない。

高齢になって躁うつを繰り返すようになったA夫人は、その後の経過が危ぶまれた。ところが、夫の死後次男が結婚し、この結婚相手が控えめでかつA夫人の気分の波に伴う言動の変化を気にしない性格の人であったために、A夫人は次男夫婦と問題なく同居生活を送ることができるようになった。このころから躁うつの波も軽くなり、A夫人は現在、外来通院と定期的服薬のみで落ち着いた生活を送っている。

本人に合った環境が得られると、長びくような例も快方に向かうことを示しているケースである。

軽症のケースが増えている?

以前から、気分障害の軽症のものは、気質や性格と区別できないかたちをとると考えられてきた。有名な**E・クレッチマー**(一八八八〜一九六四年、ドイツの精神医学者)の**循環気質**(躁うつ気質)は、このような、軽症で病気の範疇には入らない人のことを述べたものと考えてよい。

近年になって、軽症例はますます注目を集めるようになってきている。これは、外来精神医療の整備によって軽症の患者が治療を多く求めるようになったからだけではない。気分変動の程度という点では軽症の患者が呈する、性格の問題なのか躁うつの症状なのか判然としない訴えや行動のなかに、本人にとってもまわりの人にとっても解決を要し、かつ治療のなかなか難しいものが存在することがわかってきたためである。クレッチマーが躁うつ気質として述べ

た人は、普段から高揚的だったり、あるいは心配性で憂うつな気分に傾きやすかったりする人だった。しかし現在注目されているのは、もう一段ひねり、ないしはとげのある人である。

たとえば、症候面では慢性的に軽躁状態にあり、行動面では一つの職場に落ち着くことができない。内面を見ると、人に認められることを強く欲しているのだが、会社組織にはなじめないで、ふと空虚感から自殺念慮を抱くような人がいる。また、症候面では慢性的に軽うつ状態にあり、行動面では、その人の能力から見れば当然手に入る社会的境遇を獲得することを回避しており、内面を見ると、自信のなさを常にいだいている一方で、世の中の苦しみ、哀しみを一身に背負っていることを誇っているかのような人がいる。

このような人たちが抱える問題は、性格の問題として片づけてしまうこともできるように見える。しかし、それが、双極性や単極性の障害と関連があると推論される証拠が得られる場合もある。たとえば、彼らに抗うつ薬や気分調節薬を投与すると、彼らの抱えていた悩み、行動上の問題が軽減することがある。また、軽うつ的な生き方が、薬物によって、あるいは自然に、軽躁的な生き方のほうにスイッチすることがあり、後年、本格的な単極性障害や双極性障害へ移行する場合がある。

このような一群は、現在、症状面の診断カテゴリーでは、**気分変調症**（慢性的に軽うつ状態にある人）、**気分循環症**（慢性的に軽躁、軽うつを繰り返す人）、**双極Ⅱ型**（うつ症状は重症になるが躁症状は軽症にとどまる人）などとしてまとめられている。一方、このような人たちを、**自己愛性**、**境界性**、**回避性**などの**人格障害**から見る立場も存在している。この領域をめぐっては、気分障害を広くとらえる人と、人格障害を広くとらえる人との間で常に論争が存在する。

彼らのどのような部分に対して薬物による援助を与え、どのような部分に対してどのような精神療法を試みるのがよいのかというのは、現代の重要な課題である。

この一群はまた、次のような問題を提起している。彼らに典型的な躁うつ病と共通の問題が存在しているとするならば、この一群の人たちの性格的問題から、逆に、典型的な躁うつ病の患者において、症候と防衛の陰に隠れていて見えづらくなっている性格的問題を推論することができるだろう。

精神科領域の問題は、そもそも人格部分と症候部分を完全に分割できるようなものではない。軽症の病態は、かえって、両者の複雑なからみ合いを明らかにする可能性がある。

[参照]
▼精神分裂病（178頁）、自己愛性人格障害（24頁）、境界性人格障害（12頁）、回避性人格障害（29頁）

ブックガイド

『テレ 精神医学 第七版』
R・テレ 飯田眞、市川潤、大橋正和監訳 西村書店

『気分変調症』
S・W・バートン、H・S・アキスカル編 佐藤哲哉、坂戸薫、佐藤聡訳 金剛出版

老年期抑うつ症（Depressive State）

喪失体験から生じる寂寥感

老人を取り巻く環境は複雑で、近親者との離別、身体機能の低下、社会的役割からの遮断などによって、うつ状態が起こりやすい。

三山吉夫

バートンの『メランコリーの解剖学』（三百年以上前に発刊されたとされる）に、〃七十歳以後はすべてがわずらわしく、後悔ばかりである〃という記述がある。老年期のうつ状態はきわめて頻度が高く、女性のほうが男性よりもうつ状態を呈しやすい。

老人ホーム入所中の老人の一五〜二四％にうつ状態、痴呆性老人の一九％にうつ状態が見られ、老人の約三％には重症うつ病が見られるとされる。うつ状態は、うつ病の中心症状ではあるが、うつ状態を呈している者すべてがうつ病というわけではない。

老人を取り巻く環境は複雑で、近親者との離別、身体機能の低下、身体疾患の合併、社会的役割からの遮断など社会的縮小体験と対象喪失体験から、老年期にはうつ状態が起こりやすい。老人は気分が変わりやすく、感情の興奮性と弾力性に障害をきたして、ささいな状況の変化でうつ状態となる。自己の能力の低下に対する不安が増強したとき、自己の存在がおびやかされようとしたとき、感情反応の一つとしてうつ状態を呈してくる。老年期のうつ状態が、長引きやすい理由として、初期の適切な対応がなされていないことも大きな問題となる。わが国の自殺者総数は年々減少しているが、自殺者総数のうち、六十五歳以上の老人の占める割合が年々増加していることも、老年期のうつ状態の対応に問題があることを示している。

ここでは、具体例を提示し、現代社会における老年期のメンタルヘルスの環境について述べよう。

▼ケース　沈みがちな気分

ケース1

七十七歳の女性である。尋常高等小学校卒。神経質で頑固な性格で、生来健康である。六十六歳のときに夫が病死してから、長男の家族と同じ敷地でひとり暮らしをするようになる。とくに趣味はなかった。六十九歳のときに、めまいや手足にしびれ感があったので地元の内科を受診した。頭部MRI（磁気共鳴画像）で無症候性の多発脳梗塞を指摘された。

七十一歳頃から**不定愁訴**（不定な症状を訴えるが、明確な所見が見当たらない）が多くなり、気分も沈みがちとなったので、内科から抗うつ剤が投与された。不定愁訴が変わらないことから、大学病院内科に入院した。内科では、とくに異常がないと言われて精神科に紹介された。精神科への通院を嫌い、地元の内科に入退院を繰り返していた。

七十七歳のとき、「人よりも多く汗が出る」「自分がよくならないのは癌だから」「病院は人体実験をしている」と口走るようになった。再度、精神科治療をすすめられて受診し入院となった。抑うつ気分、食欲低下、心気妄想（自分が病気にかかっていると思い込む病気）、被害・微小念慮（自分が何らかの被害にさらされたり、自分を過小評価した考えをすること）が主症状。「味が苦くて胸につかえる、手がしびれる、ここの食事や薬は身体を弱らせる」などと言い、拒食、拒薬が見られた。身体検査では、食事摂取不充分による低栄養状態のほかには異常は見られなかった。

時間をかけて話を聞き、支持的に対応した。ひとり暮らしの寂しさや家族への不満が聞かれ、生活史をゆっくり聞くだけでリラックスしてきた。同じ敷地内に住む息子夫婦との会話はなく、やっかい者扱いされていることが強調された。生活環境の調整を進めながら、うつ状態が軽減した時点で老人保健施設に入所した。入所後おだやかに過ごしていたが、三カ月後の外泊時に自殺した。

話し相手のいないひとり暮らしの老人は、うつ状態に陥り、妄想に発展しやすく、家族が処遇に困るケースが少なくない。初期の対応が不充分であると、抑うつ気分、不安、焦燥、貧困妄想（自分がすっかり貧乏になったという妄想）などが見られるようになり、精神科での対応が必要となる。老年期のうつ状態は一見改善したかに見えても、長引きやすく、家族や社会から必要でない人として扱われると、思わぬ結果になることがある。

ケース2

七十四歳の女性。高等女学校卒。性格は引っ込み思案でおとなしく、理想主義で完璧主義。生来健康である。六十九歳時、夫の仕事の都合で住み慣れた所から、郷里で

ある他県に引っ越した。同じ敷地内に住む親類とのつきあいがうまくいかず、情緒不安定となり、気分が落ち込むようになった。不眠も見られ、睡眠薬を飲むようになった。七十歳頃から、「夫（七十五歳）が浮気をしている、相手の女性に貢いでいる」と口走るようになった。精神科を受診し、投薬を受けたが、副作用が出たので中止した。

その後も夫への嫉妬妄想が目立ち、腹を立てた夫が暴力を振るって、本人に骨折させたりした。夫への嫉妬妄想で口論が絶えないことから、本人は精神科に入院となった。頭部MRI（磁気による画像診断法）で無症候性の多発脳梗塞を認めたが、知能指数は一〇三であった。少量の抗精神病薬で、妄想は軽減しておだやかになったが完全に消失することはなかった。

退院後は子どもたちの家を転々としたが、落ち着かず再び精神科受診となった。夫はこの間、転倒して骨折し、息子がいる県外の病院に入院していた。本人はひとり暮らしをしていたが、「家の中を荒らされる、取られる」（もの取られ妄想）が出現したため、実娘がいる地域の精神科に再入院となった。少量の抗精神病薬で、もの取られ妄想、夫への嫉妬妄想は軽減してはきたものの持続していたため、夫との二人暮らしは困難と判断し、子どもたちと相談の結果、夫は息子の家族と同居し、本人は老人保健施設でしばらく様子を見ることになった。

生活環境の変化に伴い、うつ状態、妄想に発展したケースで、生来の性格要因が関係していた。妄想への対応として、当分の間別々に生活するほうが適切と考えられた。

老年期うつ状態の特徴

老年期のうつ状態は、老年期に起こる複雑な生物学的、社会・心理学的変化への適応過程で生じる、心と身体の両面にわたる障害である。老年期には、生活のなかでの楽しみが減り、役割や生きがいの喪失、人間関係の狭小や自信のなさから抑うつ的になりやすい。老年期のうつ状態は、精神病的色彩が強いものから、神経症様のもの、時に痴呆症状の混入しているものまで多彩である。

老人は生活条件の変化によって体調を崩しやすく、体調の崩れは不安をつのらせ、うつ状態の大きな原因となる。身体機能の低下に対する不安は、体力の減退や耐久力の低下、回復力の遅延などの自覚から始まる。慢性関節リューマチの人は、症状活動期に不眠、全身倦怠、食欲低下、うつ気分を伴い、興味や意欲が低下し、死への近づきを自覚し、時には死に対する恐怖を感じたりする。

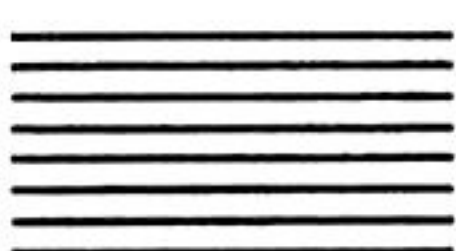
老年期のうつ状態では、自分の体力に過度の関心を向け、ちょっとした変化で一喜一憂する状況は珍しくない。頭重、頭痛、肩こり、胸痛、胸部圧迫感、口内乾燥、咽頭狭窄感、食欲不振、胃腸障害、便秘、下肢のだるさ、全身倦怠感など身体の不調を訴えることが多い。不安、強迫、身体的な愁訴が主症状となり、悲哀感情の表現が乏しく、神経症的色彩が目立ち、一見しただ

けではうつ病に見えないことがある（**仮面うつ病**と呼ばれたりする）。老年期以前に不安、強迫症状、**ヒステリー**、**心気症**などについて過去に経験のなかった人が、老年期になって生気の減退が見られるようになったら、まずうつ病を考える。

一般の診療では、精神状態と身体状況が充分に理解されているとは言いがたい。複数の慢性疾患を有することの多い老人の精神状態は複雑になりやすく、うつ状態も重症になりやすい。身体的不調が加齢に伴う範囲のものだと理解できても、慢性の身体疾患のために残りの人生についての不安や不機嫌状態が続けば、うつ状態と診断される。

老人を取り巻く複雑な状況のなかで、自己実現に失敗すると、不快、不満、緊張状態が生じ、この状態が持続すると、身体的不調やうつ状態、異常行動に発展しやすくなる。老年期の思いがけない体験（多くは喪失体験）が、うつ状態のきっかけとなることは多いが、うつ病の原因となりうるか否かについては議論のあるところである。うつ状態のきっかけとなる体験として頻度の高いものに、親しい人との別れ、配偶者との死別、経済的問題などがある。

老年期にしばしば起こる身体疾患（癌、甲状腺機能障害、貧血、アルコール関連障害など）や慢性の身体疾患や精神障害の治療に用いられる薬剤（ある種の降圧剤、β―遮断薬、パーキンソン治療薬、副腎皮質ホルモンなど）が、うつ状態の原因となることがある。

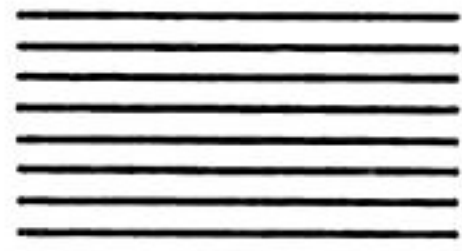
間違って〝痴呆〟と判断されることもある

老年期のうつ状態時に出現しやすい妄想は、心気妄想、罪責妄想、貧困妄想であるが、被害・関係妄想が見られることも多い。老人の身近にいる配偶者、嫁、息子が妄想の対象となりやすい。妄想の内容は、金銭に関するものが多い。痴呆や人格変化が加わってくると、〝もの取られ妄想〟や被害妄想に発展しやすい。うつ状態に引き続いて幻覚・妄想状態に発展する場合と、幻覚・妄想状態からうつ状態に発展する場合とがある。

うつ状態は、思考障害（思考力の減退、緩慢化）、注意集中困難や記憶力低下（連続記憶や自由連想言語記憶の障害など）を伴うために、痴呆との鑑別がしばしば困難となる。痴呆の初期や痴呆が明らかになる前には感情が不安定になりやすく、焦燥・興奮などが見られたり、抑うつ感情、感情反応の乏しさ、単調な心気的愁訴の持続、判断力の低下などが見られる。このような状態もうつ状態の症状と見なされることが少なくない。

逆に老年期のうつ状態による記憶力低下、思考困難、注意集中障害、無気力や知的作業の能率低下の状態は、うつ病の仮性痴呆と呼ばれ回復するが、間違って脳の障害による回復しない痴呆と診断されることも少なくない。軽症痴呆にうつ状態が加わると、痴呆が過大評価されることがある。老年期

のうつ状態を脳の横断面だけで痴呆によるものか、うつ病によるものかを鑑別することは困難なことが多く、継続的な観察による鑑別が必要となる。

老年期になって人格変化をきたした老人には、うつ状態の色彩を伴う不機嫌、不安、焦燥感を基調にした刺激的、不穏状態が一過性に現われては繰り返されることが多い。うつ状態を伴う不機嫌のときには、いらいらして怒りやすく、また衝動的に行動異常を伴うことが多い。知的機能が崩れつつある者の不安、周囲の状況、病前性格、自己統制力の崩れなどの要因が複雑に関与して、病像が形成される。老年期の重症うつ状態では、抑うつ気分、絶望感の存在、興味や動機づけの減退、過剰な不安の存在が見られる。

どう対応すればいいのか？

老年期のうつ状態は、その四分の三が回復する。老年期のうつ状態は、老人がおかれている社会・心理的状況に大きく影響されるので、生活状況や家族関係などの心理・環境的要因に充分注意する。本人に逆らわず、本人が安心できる場や人間関係の確保に配慮する。生活の場ではなんらかの役割を持たせることが望ましい。何かに参加しているという安心感、家族や社会にとって必要な人であるという認識や連帯感は、うつ状態の悪化の予防や改善に効果的である。レクリエーションや趣味に通じるプログラムも効果的である。

自殺の予知はきわめて難しいが、うつ状態では自殺の可能性が常にあることを忘れてはならない。直接の訴えがなくても憂うつ感情を時間をかけて聞き出すことが必要である。症状が改善する頃に自殺しやすいことを知っておく必要がある。老人の自殺の理由の大半が病苦であるということは、身体の状況が精神状態に大きく影響を及ぼしていることにほかならない。軽症痴呆や前痴呆の時期にうつ状態から自殺をすることがあるので、介護していくうえで注意すべき点とされる。

老年期のうつ状態の治療は、薬物療法と精神療法が中心となるが、軽症うつ状態の治療は、外来での治療を原則とする。ゆっくりと話を聞きながら精神的にサポートするだけでうつ状態が改善することもある。健康の保障と安心感を与えることがプライマリケアのポイントとなる。不安、焦燥感があってうつ状態が長期化したり、日常生活に大きな支障をきたしているようであれば、比較的副作用の少ない抗うつ剤を服用する。その際、副作用としての起立性低血圧や不快感などに注意する。

家族関係の障害がしばしば症状の発現に関与しているので、受容的態度で支持的に接し、必要であれば家庭内の人間関係を含めた家庭環境の調整を行なう。訪問看護を利用するのも効果的である。常に老人の状況を理解しようとする対応が自殺を予防する。老年期のうつ状態には、一進一退があるのも特徴であることをよく説明し、治る状態であることを繰り返し説明する。

家族の老人への対応もうつ状態に大きく影響する。老人が訴える症状を否定したり、むやみに元気づけたりしないこと、老人の訴えをゆっくり聞いてやることが大切である。対応が適切でないと、老人は被害的になりやすく、妄想発展に至ったりする。幻覚・妄想が著明な場合、抗精神病薬による治療が必要となる。幻覚・妄想が改善すると、うつ状態も改善することが多い。幻覚・妄想を薬物だけで治療しようとしないで、原因となりうる心身の諸要因を改善しながら、本人を安心させ落ち着かせるよう周囲の環境条件を調整することが大切である。幻覚・妄想が著明で行動異常が目立ったり、本人の身体的疲労が高度な場合は入院が必要となる。

介護のポイント

家族や介護者にも充分な配慮をすることが必要である。家族の老人に対する不完全な拒否が、往々にして老人のうつ状態に伴う問題行動を引き起こし、完全な拒否的態度に変わっていくことが多い。老人を抱えている家族を崩壊させないように、家族の意向を理解し、老人を一時的に入院させて家族に休養をあたえることも考える。老人に保障感、親密感、有用感、奉仕感があたえられるように配慮する。

痴呆の初期に見られるうつ状態への適切な対応は、知的能力の維持→痴呆の重症化予防という点において重要である。抗うつ剤は、時に効果的であるが、抗コリン作用を有する抗うつ剤を長期にわたって服用することは、知的機能の回復・維持にはむしろマイナスになったりする。

痴呆の初期では、痴呆を起こしている中枢神経系の病変そのものがうつ状態を同時に起こしているというよりも、痴呆を基盤にした適応障害から反応性うつ状態を呈していると考えたほうが、その対応にも希望が持てるし、実際に症状の改善を経験することも多い。

重症うつ病は、原則として入院治療とする。不安、焦燥感が強く、拒否、自殺念慮が目立つ場合は、抗うつ剤を服用したほうがよい。その際、全身状態、体重、血圧、合併身体疾患を考慮して、薬物の種類や量を調整する。抗うつ剤の効果は、十～十四日後頃から見られる。症状が改善しても、少なくとも六カ月間はきちんと経過を見る。

自殺は、しばしば治療者から手が離れて間もない時期に起こりやすい。老年期には、誰にでも訪れる喪失体験を身近な人や社会のなかで和らげてあげることが、老年期うつ病の予防や治療に効果的であることを忘れてはならない。

ブックガイド

『うつ病の臨床』
大熊文男　金剛出版

産後うつ病（Postpartum Depression）

母親のもつ自責的な感情

産後うつ病の臨床特徴としては、抑うつ気分、子育てに対する過度の不安、意欲低下が認められる。

尾崎尚子

産後うつ病は、出産と関係ない時期に発症するうつ病と基本的に大きな違いはない。産後のうつ病は出産後二週間から三カ月に発症のピークがあるといわれている。よく知られている**マタニティー・ブルー**は、出産後三～五日をピークにして、ゆううつな気分やいらだちが生じる軽いうつ状態である。「赤ちゃんが上手に母乳を吸ってくれない」と涙もろくなったり、新生児黄疸のために子どもの退院が遅れたりするだけで、自然の経過とわかっていても嘆き悲しんだりする。その状態は十日後頃には自然に消えていくので、医療では普通ほとんど問題とならない。

しかし、その状態が通常よりひどく、眠れないとか食欲があまりないという症状があったり、経過が長引いたりした場合は、産後うつ病と考えられる。産後うつ病は、マタニティー・ブルーに近い症状で、マタニティー・ブルーと共通の病態であるという意見が受け入れられている。

産後うつ病の特徴

産後うつ病の臨床特徴としては、抑うつ気分、子育てに対する過度の不安、意欲低下が認められる。不眠や食欲不振のため体重減少が生じる。また、頭痛、肩凝り、動悸、胃部不快感などの身体的な症状が認められることがある。症状は多彩なのが特徴で、**うつ病**の症状に加えて、不安、動悸、**パニック発作**、過敏状態、強迫的な思考が

出現しやすい。また、母親としての自信のなさが訴えられることが多く、経過が長くなると母子関係に影響する。場合によっては子どもを巻き込んだ母子心中（拡大自殺）に至る可能性があり、注意が必要である。

発症に関わる要因としては、内分泌学的な因子と心理社会学的な因子があげられる。内分泌学的な因子は、妊娠、出産によって生じる多くのホルモンの変動であるが、具体的にどんなホルモンがどのような精神症状をきたしているかという確証は得られていない。心理社会学的因子としては、過去のうつ状態の有無、夫婦間の問題、養育に関するストレスなどがあげられる。

治療は**薬物療法**と環境調整を含めた**精神療法**が中心である。薬物療法では、一般のうつ病に対するのと同様に、抗うつ薬が主として用いられる。多くは不安や不眠が訴えられることも多いので、抗不安薬や睡眠導入剤も併用される。時に、女性ホルモンや甲状腺ホルモン製剤による内分泌療法を行なうこともある。薬物療法がなかなかうまくいかないときには、電気けいれん療法が有効なことがある。

薬物療法と同時に、支持的な精神療法が行なわれる。家族、とくに夫に対して患者の状態をよく説明し、家族の協力が得られるようにする。患者は子育てに関する不安が強く、育児に自信が持てない場合が多いので、心理的な援助とともに、患者の求めるような環境調整を行なう必要がある。

産後うつ病の治療や援助に最も重要なことは、その発見であるといわれている。身近な人が母親の異常に気づくことが大切である。現実には未治療のまま放置されることもあり、母子関係や子どもの正常な発達に悪影響を及ぼす。早期に発見し、早期に治療を進め、母親の抑うつに対する治療とともに、子どもの発達、健全な母子関係の確立に援助の焦点が当てられる。次にあげるケースは、先天性の難治性疾患の次男を出産後、うつ病となったが、結局、健康だった長男を巻き込み、心中するに至った。充分な援助ができず、不幸な転帰となってしまったケースであるが、医療上の現代的な問題を多く孕んだ示唆的な例なので次にあげたい。

▼ケース　不安定な母親

高校卒業後、金融関係に就職。二十四歳で結婚退職した。もともと几帳面でまじめな性格だった。二十五歳で長男を出産。長男が幼稚園に通い始めると再びパートの仕事を始めた。九年ぶりに妊娠、出産。妊娠中はとくにトラブルもなく、順調な経過だった。出産時、胎児の心音が微弱になったため、帝王切開で次男を出産した。

次男は出産直後から呼吸困難な状態で、直ちに小児科に入院となった。当初は原因不明の低酸素症と考えられていたが、その後の検査で、かなり稀な疾患である先天性

の代謝障害と診断された。このとき、彼女と夫は「珍しい病気。一種の特異体質で有効な治療法はない」と説明を受けている。次男は何度も危篤状態を繰り返していた。

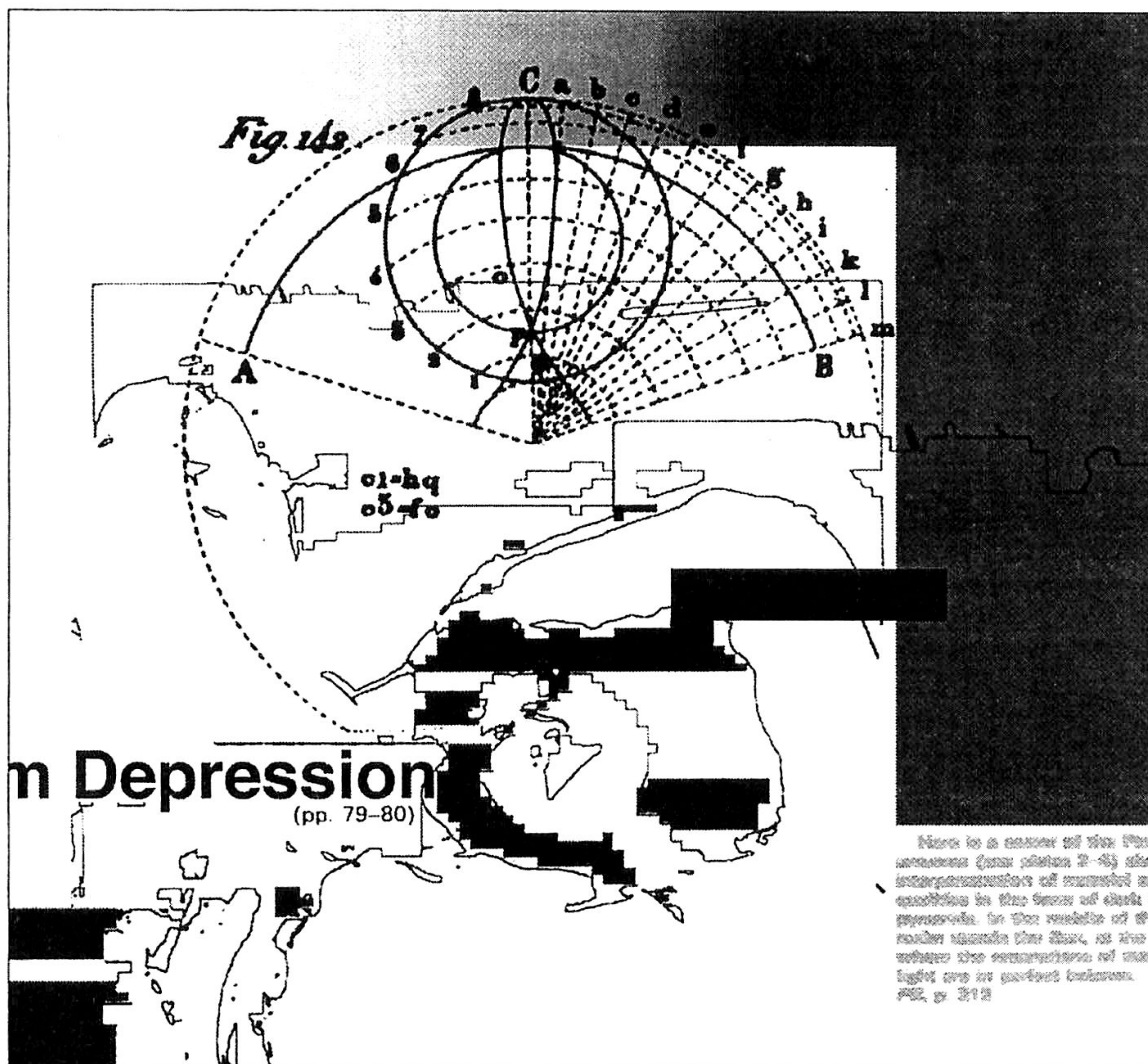
産後三カ月、次男の疾患が先天性と判明してから、彼女は、「普通に元気な子どもが産めなかった。自分は何も悪いことをしていないのに、どうしてこんなことになったのか」と気分が沈みがちで、夜も眠れなくなった。微熱と下痢が続き、体重は五三キログラムから四五キログラムに減った。内科で診察を受けたが、内科的に異常は認められず、精神科診察を勧められた。近くの精神科クリニックを受診したが、一回で中断している。

同じ時期から、九歳になった長男も彼女と同様に腹痛と下痢を生じるようになり、小児科を受診するようになった。長男は過敏性腸症候群と診断され、長男の治療については、精神的に不安定な母親から離すことが有効と考えられた。こうして祖父宅に預けられることになり、わずか三週間で長男の腹痛はしだいに改善し、登校できるようになった。

他方、母親の消化器症状は改善せず、長男の受診していた小児科医に勧められて、筆者の外来を受診した。彼女は「ここに来てもよくなるとは思えない」「薬を飲むのも嫌い」と入院の勧めも受け付けようとせず、受診にも拒否的であった。彼女は身体の不調を繰り返すばかりで、毎日、体重を計り便の形や性状を確認しなければ気がすまないという強迫症状が認められた。筆者は、彼女にともかく外来を受診するように説得した。二回目の受診では、「下痢がひどい。家事を少しするだけで疲れる」と体調の不調を繰り返した。入院して少し休養をとるように提案したが、実家の人が入院に反対とのことだった。

三回目の受診時には、抗うつ薬が多少とも効き始め、身体的な不調は改善しつつあったが、彼女は自分の感情を表現することはほとんどなく、自分の身体に関する訴えがくどくどと繰り返されるだけだった。「次男のせいで、すべての歯車が狂ってしまった」というひと言は、彼女の悔しい気持ちを的確に表現している。元気な子を産み育てることが女性の役目という価値観を女性は無意識のうちに持っている。自分の産んだ子どもが先天性の疾患を持っていたという事実は、大きく母親にのしかかる。「普通に元気な子どもが産めなかった」という母親としての失敗感情は彼女の頭から離れなかったようだ。

次男が出生後すぐに入院してしまったため、その失敗の気持ちは増大した。母親としての役割を果たすことなく、子どもと引き離されているという経験は、母親として失格という思いをますます膨らませることになった。この頃の次男は相変わらず常に生と死の境にあった。鼻からのチューブによる栄養補給や酸素テントの次男を自宅に連れて帰るということは、次男の死を意味することであったが、彼女は「次男を連れて帰ることはできないだろうか」とよく夫に言っていたという。夫はそのたびに「そ

illustration／安芸良

んなことできるわけない」と叱った。

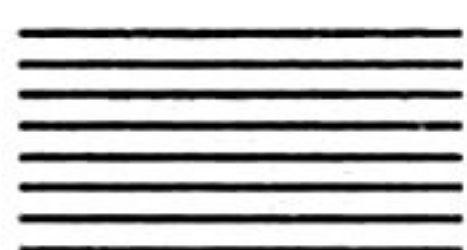
彼女は、母親としての劣等感を防衛するために長男にしがみつき、過干渉な態度となったのは、当然の成りゆきだった。「下の子はしかたないけど」とあきらめる代わりに「上の子のことが気になってしかたない」と長男への関心、干渉は増大している。本来なら、次男に注がれなければならないはずの母親としての役割が、長男への強い関心へとすりかえられている。そして、この関心は自己の身体と長男に向かって強迫的にかりたてられる。自己の便の確認と体重測定、そして長男への過度の関心が長男の心身を不安定にした。

長男は小児科の治療により腹痛、便秘と下痢は改善し、元気に登校できるようになった。すると、彼女はうるさいくらいに「勉強しなさい」と長男に言いだし、小児科医から、あまり干渉しないようにとアドバイスを受けている。

四回目の受診が最後となった。受診時、「食事がおいしくない。どこかほかに悪いと

ころがあるのではないか」と心気的な訴えをした。「小さいことにこだわってしまう。このもやもやをどう取り除いていいかわからない」と苦悩を訴える一方で、「気晴らしにパートで仕事を始めた」と話していた。その後、長男の小児科での治療が終了すると同時に、母親のほうは筆者の外来に来なくなった。

最後の受診から二カ月後、母親は夜十時頃、寝ていた長男の首を絞めて殺害。しばらく添い寝をしていたらしい。夜遅く帰宅した夫が、彼女と長男が二人で寝ているのを確認している。翌朝、テラスで首を吊って死亡している母親が発見された。「身体が思わしくありません」という宛名のない遺書が残されていた。

現代の子育ての危機

生まれてくるわが子に対して、誰もが健康で元気な子どもを期待しているだろう。最近では、医学の進歩により、超未熟児が急増している。出産時の体重が一〇〇〇グラム以下の赤ちゃんも元気に育つようになった。けれども、初めて対面した赤ちゃんの手足が鉛筆のように細く、いろいろなチューブが体内に入っていたら、不安やとまどいを受ける母親も多いだろう。さらに、子どもが奇形や重い病気である場合、両親、とりわけ母親は強い衝撃を受ける。重い障害や難治性の疾患を医師から知らされると、母親は、健康な子どもが産めなかったのは自分のせい、と罪悪感が膨らむものである。病気である子どもに対して、「元気な身体でなくてごめんね」と不憫に思えるだろうし、夫に対しては「丈夫な子どもが産めなくて申し訳ない」と自分を責めるだろう。そして子どもの将来に関していろいろ思いあぐね、しばしば悲観的になったりする。

生まれてきた子どもの状態を比較的冷静に受け入れられるようになるまでには、時間が必要である。その過程で、不安、怒り、抑うつ、嘆き、悲しみなどいろいろな感情が生じるだろう。その感情をひとりで抱え込まないで、親身になって聞いてくれる人に吐き出すことが大切である。母親の自責的な感情を父親である夫とともに分かち合うことがいちばん基本であるが、そのとき母親が気楽に相談できる医療側のスタッフがいれば、母親の孤独で深い苦悩は軽減され、不幸な巻き添えは避けられるであろう。

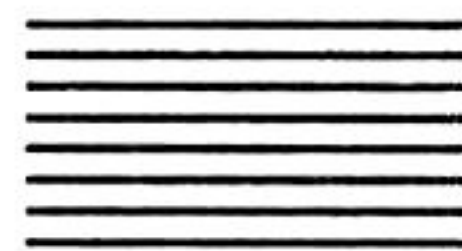
前述した母親は、精神科の受診に対しては抵抗、拒否の構えを強く示したものの、小児科受診時には、よくしゃべり、しかも自分のことばかり話していたという。一般に心理的な防衛の強い母親は、子どもを介してのほうが自らの内面を語りやすいといえる。その意味で、母親の精神的な治療については小児科や産婦人科との連携が必要である。

最近では、そういった母親の不安を取り除くことや母子の健全な成長を促すために、「母子診療科」と称して診療がなされているところも増えてきた。保育器やNICU（新生児集中治療室）によって作られた母親と子どもの溝を埋めていくことが重要で、

乳幼児精神医学という新しい領域が日本でも根づきつつある。そこでは、母親と子どもとの早期接触が重視され、赤ちゃんを抱っこしてゆったり過ごす時間が与えられる。出産直後から、赤ちゃんを抱くこともなく、保育器の中で医療スタッフだけに育てられると、母親は母親としての役割を失ってしまう。

母親にとって、子どもの病気が「治療法のない不治の病」と告知されたうえ、難病の子の世話をすることもないままであれば、入院したままわが子を病院に取られたような意識を持ったとしても不思議ではない。医学が進歩し、ますます救命技術が高度化して子どもの救命を最優先してきた医療が、あらためて母子の質の高い生のあり方について問われているのである。

これは、子どもが生まれつきの病気である場合に限らない。親として子どもにどう接するか、親として親自身がどのように成熟していくかは永遠の課題である。健康で生まれてきた子どもも人生のうちには困難な時期がある。筆者は思春期に入った子どもたちのメンタルヘルスに関わることが多いが、「子どもとどう接していいかわからない」という親の嘆きをよく聞く。不登校や拒食症になった子どもを前に、つい腫れものにさわるように親のほうがおどおどした態度になってしまう。しかし、子どもは小さいときから常にさまざまなサインを出している。

子どものペースを見守る

親は「みんなと同じように」ということを子どもに要求しがちである。「みんなと違う」ということが、個の尊重として受け入れられなければならないはずであるが、世の中の大人たちは、「みんなと同じ」ことに価値をおいてしまう。そのなかで競争社会に取り込まれてしまう。子どもの成長が少しでも遅れると不安を持ち、「みんなと違う」ということで焦りを感じる。そのあまり子どもに過度に干渉的になったり、時には折檻や虐待も起こりうる。大切なのは、子どもの個性が生かされるように、その子のペースで成長を見守ることである。そうすれば子どもの人生は実り豊かになるだろう。たとえ奇形や障害があったとしても、それを一つの個性として捉えるくらいの心の寛大さが求められている。どんなに重い障害でも、生まれてきた命をかけがえのない尊いものとして育てる姿勢が不可欠ではないだろうか。

【参照】
▼マタニティー・ブルー（242頁）、うつ病（184頁）、パニック発作（60頁）

ブックガイド

『マタニティ・ブルー――産後の心の健康と治療』
K・ドールトン　上島国利、児玉憲典訳　誠信書房

『精神科医の子育て論』
服部祥子　新潮選書

コラム⑪▼歴史にみるケース【2】

ねずみ男(The Rat Man)

成田　毅

ある日、S・フロイトのもとを、若い弁護士が訪ねてきた。

彼が語るには、父と尊敬するある女性の身に何か不吉なことが起こるのではないかという恐怖にさいなまれているという。そして、カミソリで自分のノドを切ろうという衝動に駆られ、また、些細なことにいちいち引っかかって、それに関係した禁止の命令にとらわれている。そのため、ここ数年間を無駄に過ごしてしまい、人生の落ちこぼれになってしまったと訴えるのだ。

きっかけは彼が召集された陸軍部隊での出来事だった。部隊の演習で、ある拷問の仕方を将校に聞かされた。それは、縛り上げられた囚人の尻の上に、ネズミでいっぱいの壺を逆さまに伏せると、ネズミは肛門から体内に入り込み、内臓を喰いちぎりながら無我夢中で逃げ場を探して突き進むというものだ。

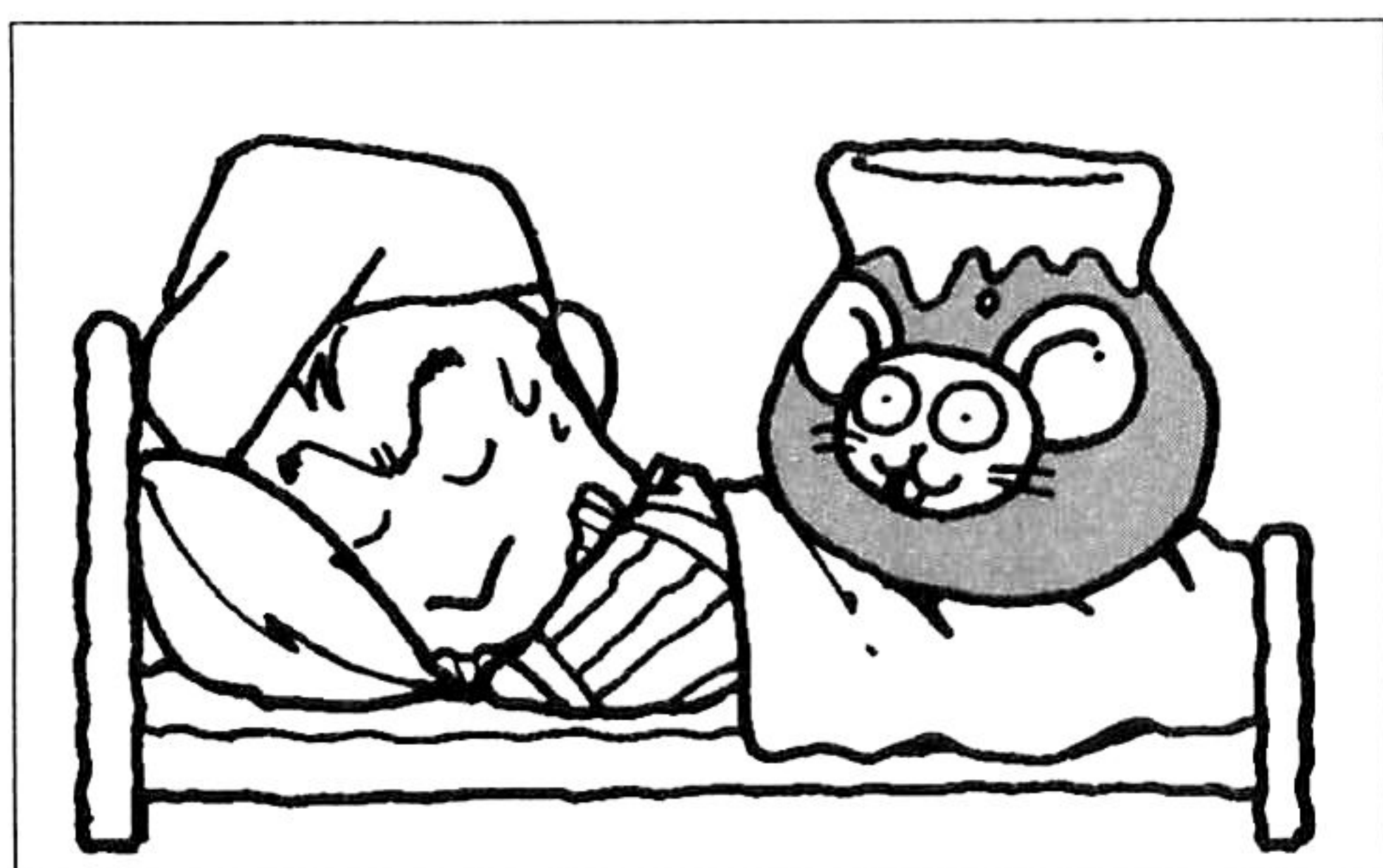
このとき彼は、尊敬する女性と、実は数年前にすでに亡くなっていた父に、この拷問が科せられるという思いにとらわれてしまった。この強迫観念を振り払うために、拒絶の意味の手振りを行ない、同時に独り言を言う。「でも、俺はいったい何を考えているんだ」と。このことが彼の儀式になったのだ。

拷問の話を聞かされた夜、その将校が彼宛てに届いた小包を渡しにきた。そして、小包の料金をA中尉が立て替えたので、返してあげなさいという旨を彼に伝えた。

その瞬間、「お金を返してはいけない」という命令が浮かんだという。さもなくば二人にネズミの刑が下されるからだ。同時に、「いや、やはり返さなくては」という命令も浮かんだのだ。そして彼はこの二つの命令の間で、葛藤に苦しんだ。

実は、代わりに支払ったのはA中尉ではなかった。だが、そのことを知ってもなお、彼は自分に浮かんだ命令を実行するために、いろいろな理由をつけて中尉に受け取ってもらおうとしたのだった。

フロイトとの面接のなかで、いろいろなことが明らかになった。父親の遺志として裕福な従妹と結婚するか、それとも貧しいながらも自分の愛する女性と結婚するかの間で葛藤に揺れ動いていたこと。さらにその背景として、三、四歳の頃、手淫を父に見つかりひどく叱られたことがあり、このとき彼は、父への憎悪を抑圧し、その早熟な性欲もともに抑圧したのだった。ここで、父親を理想の人間として意識したのだが、父のようになるべきだということと、父のようになってはいけないという葛藤が結びつき、彼が女性との性愛が叶ったとき父が死んでしまうという思いにとらわれるようになったのだ。そしてこれらの葛藤のなかで、病気になることで、現実的な解決を回避したのであった。

約一年間の精神分析療法で、彼のとらわれはすっかりなくなったという。「強迫神経症の一例に関する報告」として、一九〇八年にフロイトによって紹介されているが、強迫観念や強迫行為について示唆的なケースとして知られている。

illustration／工藤六助

PART ▶ 6

人間関係を歪めるストレス

［家族・社会の病理］

選択性緘黙(Selective Mutism)

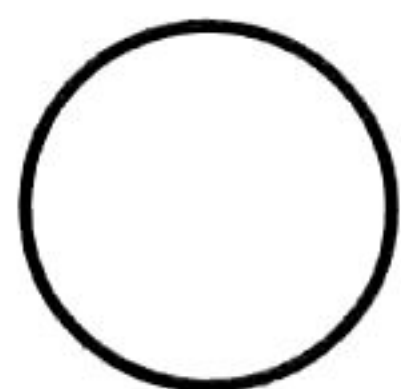
外では口をつぐんでしまう頑なさ

性格特徴はほとんどの報告に共通するものとして、幼児期からの恥ずかしがり、過敏、臆病、頑固さが指摘されている。

絵内利啓

緘黙症とは小児期において正常もしくは正常に近い言語能力があるにもかかわらず、全生活場面、あるいは一部の生活場面で沈黙し、この状態が長期間(四週間以上)にわたって持続するものをいう。

緘黙症のなかでも、全生活場面で沈黙する全緘黙はごく稀で、大きな心理的・身体的外傷体験によって急激に発症し、ほとんどが一過性に経過する。これは小児期に発症した場合の驚愕反応によるものや、ヒステリー性失声などと一部重なり合う概念と考えられる。なお、稀に選択性緘黙(あるいは、場面緘黙、部分緘黙ともいう)の経過中に、家人から学校での沈黙を責められたりしたことが契機となって家庭でも沈黙してしまい、全緘黙の状態になることもある。

一方、一部の生活場面で沈黙する**選択性緘黙**は比較的頻度が高く、一般に緘黙症といえば、この選択性緘黙を指す。緘黙が生じるのは幼稚園や学校などの対人的緊張を伴う場面であり、家庭では普通に喋っていても、一歩外に出ると喋らなくなったり、校門をくぐったとたんに話さなくなる場合、家族や学校内のごく限られた友人などを除いて沈黙する場合などである。さらに、家庭内でも父親とは話さない場合もあり、患児が沈黙を選択する対象や場面はさまざまである。

女の子に多い?

有病率はDSM-Ⅳによると精神科で診療される者の一%以下とされ、わが国での

調査報告も有病率をおおむね〇・二%としているものが多く、明らかに稀なものとされる。発症年齢は五歳以前と考えられるが、家庭内では普通に喋っているために、その障害の存在を問題視されることが学齢期まで持ち越されてしまう。性差に関しては、自閉症、吃音、チック、**多動性障害**などの言語発達や行動障害にかかわる障害のほとんどが男児に多いという事実があるが、選択性緘黙は女児に多いという報告が多い。

ICD-10で診断の前提となるのは、(a) 正常あるいはほぼ正常な言語理解能力の水準、(b) 社会的コミュニケーションに充分な表出性言語能力の水準、(c) ある状況において正常あるいはほぼ正常に話すことができることが明らかなことの三項目である。診断には、一定時間(その状況が続く限り)持続して話せず、社会的状況に応じた言語使用に明らかな乖離があり、話せる状況と話せない状況に関して一貫性があって予想できることが必要である。なお、**広汎性発達障害**(自閉症など)や**精神分裂病**によるものは除かれる。

緘黙症は、いわゆる**心因性**の状態として理解されているが、性格特徴はほとんどの報告に共通するものとして、幼児期からの恥ずかしがり、過敏、臆病、頑固が指摘されている。発達に関する要因としては、言語発達遅滞の既往や知能面の問題があげられる。そのほか、強い母子関係や夫婦関係の異常などの家族病理の存在も共通して指摘されている。

また、重症例では遺伝・家族負因の関与が高率であるという指摘もある。いずれにしても、これらの要因が複合していることは疑いのないところだろう。叱責や虐待を受けたり、大勢の前で喋ったことで傷ついたりなどの明白な**心的外傷**を契機として発症するもののほうが全般にその後の経過が良好である。

選択性緘黙の本質について、大井正己氏は対人的コミュニケーションの障害であるとし、患児の社会化への意欲の強さの程度によって、

①家庭内ではよく喋るが家庭外では沈黙し、表情や動作などの非言語的伝達手段を通して周囲の関心を引きつけようとする**社会化欲求型**

②家庭内でも無口で消極的・受動的であり、言語能力に対する劣等感も強い**社会化意欲薄弱型**

③家庭内でも選択的に沈黙し、対人恐怖を伴う**社会化拒否型**

の三型に分類している。この分類は重症度の指標であるとともに、治療の困難度やその後の経過の予測と密接に結びついている。

社会化欲求型は神経症的随伴症状を有し、一般に経過も良好であるが、社会化意欲薄弱型や社会化拒否型では家族負因を認めたり、**対人恐怖**や**人格障害**的側面を持つものもあり、治療も大きな困難を伴う。ここでは、筆者の経験した社会化欲求型(軽症例)と考えられるケースを見てみよう。

▼ケース　いたずら電話をかけてしまう

学校で喋らない、いたずら電話をかけるということで相談に見えた。母、弟（一学年下）、患児の三人家族で、父は患児が五歳のときに離婚し、別居している。弟はその後登校拒否のため、某病院精神科に通院している。

出生時にはとくに問題はなかった。始歩、始語ともに一歳過ぎで、目立った発達上の遅れはなかった。離婚後、母親は仕事で帰りが遅く、子どもたちをかまってやれなかったという。

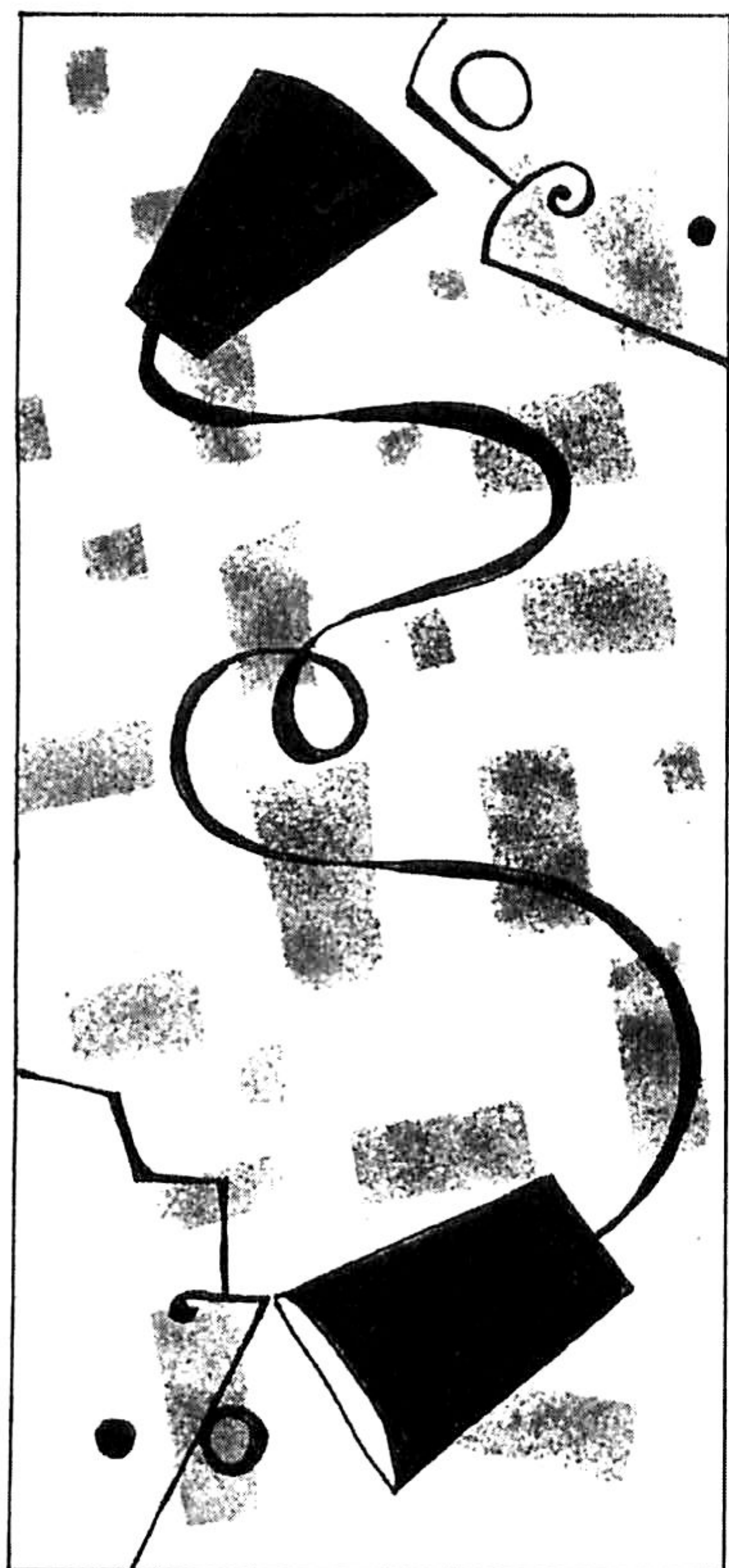
幼稚園入園時から、園であまり話をしないことを指摘されていた。小学校入学後も学校で話さないことを指摘されたが、家庭では喋っているため、あまり問題視されなかった。小学校では親しい友人との間では会話があり、その友人がトイレに連れていくなどの世話を行なっていた。集団に参加できず、新学期になると短期間だが学校に出てこなくなるため、小学六年の新学期から養護学校に転入学した。

始業式の日、新しい担任から挨拶をされても返事をせずにニコニコするだけで、担任やほかの児童の様子をうかがうように片隅に身を寄せていた。転入生として紹介されたが、みんなの前で挨拶をするように言われると、突然すすり泣きだした。給食のとき、うつむいていつまでも手をつけようとせず、担任が食べるよう促してもじっとしていた。しかたなく担任は患児に手を添えて、口に運ばせた。排泄は担任が時間を見て患児をトイレに誘わないと失敗するうえに、トイレの中でも担任が「下着をおろして、水を流して」などと細かく指示しないと一時間近く座ったままであった。宿題は必ず提出し、また家族によると、家庭では簡単な家事の手伝いや電話の応対まで普通にしているというのに、学校では喋らず、食事や排泄さえ担任が介助していた。

中一に進級した頃には、トイレの掃除中に親しい級友と大きな声で話しているところを教師に聞かれたり、下校前のげた箱のところでは同級生と話をするなど教室以外では少しずつ会話が見られだした。しかし、教室内では話さず、「ｙｅｓ、ｎｏ」を頷きや指で示していた。

やがて下級生や自分より能力的に低い子どもに興味を示し始め、手紙を書くようになった。その子の母親から返事をもらうと喜んでいた。次第に能力的に高い子どもにも関わりを持ちだし、登下校の際にふざけて傘や靴を隠すなどのいたずらをし合ったり、また自宅で互いに電話をかけ合うようになった。

ところが、中学二年の一学期、同じ学年の男子の母親から担任に対して、患児から「自分が脅迫されているので、助けて……」「若い男にマンションに監禁されている」という電話があり、そのときは患児の名前をはっきりと言ったが、その後は名前を言わ

illustration／ツツミエミコ

ず、繰り返し無言の電話がかかってきたという申し出があった。また、低学年の女子（小三）の名前を使って、低学年の男子（小二）の家に電話をかけ、その母親が応対しているが、こちらもあまりに頻繁なので迷惑していることであった。

筆者は、このような「いたずら電話」がきっかけで患児との面接を開始した。知能テストでは言語に関わる設問はすべて不能だったが、全体的印象からは境界程度と思われた。筆者に対しても、ニコニコと笑顔をつくりながら、指をくわえて恥ずかしそうに身体をよじるような姿勢をとっていた。こちらを意識しており、担任の陰に隠れながら、視線をチラチラと合わせてきた。対人場面ではなかなか話さないが、電話では比較的抵抗なく話せていることから、「糸電話遊び」をやってみようと誘いかけ、数日後に、保健室内で「糸電話」を用いて対話を試みた。

最初、こちらからささやくように話しかけると小声で返事を返してきたが、自発的に話すまでには至らなかった。興味を示しているようなので、担任と患児がまず保健室内で、次いで教室内で、さらに同級生とともに、と脱感作的に「糸電話遊び」をさせることにした。患児は、「糸電話遊び」をした後にはまた遊んでほしい旨の手紙を手渡したりして、意欲的に参加できていた。その後、筆者は一～二週間に一回の割合で、本人と担任や母親との面接を継続した。

翌年一月には「糸電話遊び」なしで面接を行なった。教室外では比較的活発に話しており、教室内でも言葉数は少ないが、簡単な返事はできるようになっていた。食事、排泄は自立し、「いたずら電話」もなくなり、代わりに再び、みんなに手紙を出すようになったということで、定期的面接をいちおう終結させた。その後、高等部に進学したが、もともと境界程度の知能を有していたこともあって、担任の援助さえあればホームルームの司会も可能となった。卒業後は、言葉数は少ないものの某通所作業所に通い、適応は良好である。

徐々に声を出して意志の疎通を

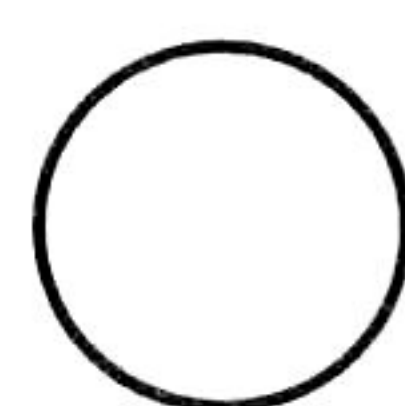
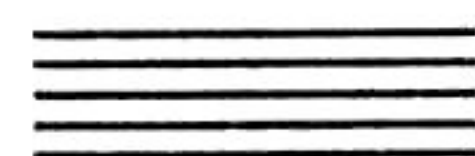
彼女の場合、他人を意識しながら緘黙を

守ったこと、食事や排泄で何もしないことによって担任に代行的役割を求めたこと、そして、手紙や電話でコミュニケーションを求めようとしたことなどは、患児の社会化への欲求の強さを象徴するものであり、社会化欲求型に属すると考えられた。とくに彼女の場合は、社会化欲求型でありながら長期にわたって慢性に経過していたが、コミュニケーションへの欲求を持ち続けているうちに、思春期になって急激に「いたずら電話」という問題行動を引き起こしてしまったのである。

おそらく彼女は「いたずら電話」をかけることによって、歪んだかたちではあるが、緘黙を守りつつ社会化への欲求を満たそうとしたのだろう。

しかし、電話での会話には興味を持っていたことが幸いし、かえって容易に「糸電話遊び」に導入することができた。一般に選択性緘黙は指吸いや遺尿など、種々の神経症的習癖を随伴症状として有するが、際だった問題行動はあまり示さないということが特徴の一つである。しかし、結果的には患児の問題行動が顕在化したことが緘黙の殻を破る契機となって、比較的速やかに改善していった。

選択性緘黙の治療についてはさまざまな心理療法が試みられているが、治療者側の基本姿勢としては、言語活動が未熟で対人場面で強い緊張を示す緘黙児に対して、声を出すことに緊張を伴わないような場面と課題を設定して、支持的に接し、徐々に音声によるコミュニケーションの範囲を広げていくことが必要である。その意味では、「糸電話遊び」という場面と課題は患児にとって受け入れやすかったのかもしれない。

実際の治療にあたって、緘黙の強化―存続要因である学校側の理解と協力が不可欠であるのはいうまでもない。とくに、彼女のケースでは、協力的かつ受容的な女性担任教師に恵まれたこと、養護学校の特殊性から三年間同じ担任で通せたこと、クラスの人数が少なく、授業時間にも融通性があったこと、さらには筆者が学校医として、担任との協力関係を容易に樹立でき、学校内での脱感作的アプローチが可能であったことなどの好条件が揃っていたことを強調しておきたい。

就学はどうすればいいか

筆者は、ここ数年来、某市の就学指導委員として、学校側からの資料をもとに就学指導の原案作りに参画している。ここには小学校一、二年生で「教室で口をきかない」「学校で話さない」という状況に加えて、動作性知能のみ、あるいは知能テストを筆談で行なったものが毎年数件ずつ持ち上がってくる。これらは選択性緘黙と思われるが、彼らは強い対人緊張があるにもかかわらず、共通して長期にわたる登校拒否傾向を示さない。これは、学校で沈黙することで、彼らの防衛機制がいちおう完成しているため学校場面から退却するには至らないからだろう。彼らは入学当初には強い緊張を示すが、次第に、外見的には緊張を見せなくな

り、沈黙したまま授業を受け、宿題を提出し、テストを受けるという学校生活を送ることになる。

しかも彼らのうち――統計的確認はしていないが――社会化への意欲を示す者たちは、通常学級で経過観察するうちに、やがて会話できる対象と場面が増加していくということを経験している。すなわち軽症の選択性緘黙は諸報告の数値以上に数多く存在し、通常学級で級友たちと――よい意味で、もまれながら――学校生活を送るなかで、次第にコミュニケーションが拡大していくようである。

しかし、このためにかえって、重症例（社会化意欲薄弱型・社会化拒否型）についても予後を楽観視される傾向があるのは否めない。事実、小学校高学年から中学校にかけて同委員会に持ち上がってくるケースで、選択性緘黙が疑われるものは入学当初と比べてはるかに少ないものの、遷延化し、情緒障害児学級に在籍したまま口をきかず、学力も低下した状態で停滞している。これらは重症例にもかかわらず、緘黙という症状が、保護者をして問題意識を持たせえなかったからなのか、あるいは患児を治療や相談の場へ引き出しえたにもかかわらず、治療が難航した結果なのか、いずれにしても、とくに重症例のその後の経過は予断を許さないことを示している。

現在のところ選択性緘黙児の就学する場は、情緒障害児学級ということになろうが、ここには、しばしば自閉症児たちが在籍していたり、また、緘黙症に対して治療的機能を持っているとは限らないため、この学級が彼らにとって必ずしも最適の場とはいえない。むしろ軽症の社会化欲求型の子どもたちにとっては、低学年の数年間は通常学級に在籍するほうがはるかによいようである。そこでたとえば、低学年のうちに、緘黙児たちの通常学級内での振る舞いをよく観察し、病型を見極め、保護者や治療・相談機関との連携を深めながら、重症例と判断された場合は速やかに治療的機能を持った学級へ、といったシステムの確立が待たれる。

寡黙であることが美徳とされていた時代では、気に入らなければ黙り込んでしまえばそのうちになんとかなったのかもしれないが、現代は不言実行よりも有言実行が尊重される時代である。ストレス解消の点でも、トラブルを避けるために自己を無理に押し殺すよりは、適度な自己主張が推奨されている。必然的に無口な者、寡黙な者にとってはきわめて住みにくい社会となった。したがってわれわれは、緘黙児たちが少しずつ喋りだしたときかえって不適応をきたしやすいということを常に思いやりながら関わっていかねばならないのである。

[参照]
▼多動性障害（124頁）、心因性（145頁）

ブックガイド

『場面緘黙児の心理と指導――担任と父母の協力のために』
河井芳文、河井英子　田研出版

不登校・家庭内暴力（Family Violence）

居場所を失ったときの無力感

家庭内暴力を振るう子どもの特徴の一つに、家では暴力の限りを尽くすのに、外では内気でおとなしい少年という周囲の評価を受けていることがある。

川谷大治

開成高校生徒事件（一九七七年）、金属バット事件（一九八〇年）以来、青少年による**家庭内暴力**が社会問題化した。今から約二十年前のことである。この間、家庭内暴力のピークは過ぎたとはいえ、精神科に相談に見える家族は少なくならない。

この青少年による家庭内暴力という現象は以前にも見られた。精神医学的には終戦直後の辰沼利彦（一九五一年）や高度経済成長期の岩佐金次郎（一九七一年）の報告がある。彼らの特徴を岩佐は「親に依存していながら、同時に、親を攻撃する」、「世間の人に対してはおとなしく、生活態度も消極的なのに、家族に対してだけ、怒りやすく、暴行や金銭要求をしたり、家財持ち出しなどをする」と述べ、彼らの社会不適応性が形成されたメカニズムは、既存の精神医学では解釈できないと指摘した。

今日では、**境界性人格障害**の近縁群として考えられ治療されるようになった。とはいえ、治療は難しく家族の協力は欠かせない。しかも子どもの振るう暴力は、親の干渉に腹を立てて暴言を吐いたりする暴力から、自分の思いどおりにならないときに瞬間的に見られる暴力、一日中小突くなどの嫌がらせ、時に興奮し殴る蹴るの暴力、敵意、悪意に満ちたものまである。

なぜ彼らは、親に暴力を振るうのだろうか。ケースをもとに現代社会と家庭内暴力、家庭内暴力の傾向と背景、家族の対応、暴力とこころの成長について述べてみたい。

▼ケース　母への暴力

A君は高校入学後の一学期の終わり頃から言葉が乱暴になり、次第に学校を休みだし、家では母親や力の弱い妹に暴力を振るうようになった。二学期の終わりに、彼は両親と一緒に筆者（以下、私）のもとを受診してきた。

初診時、A君は私と顔を合わせず、言葉数も少なく、問われれば面倒くさそうに返事をしていた。とくに暴力を話題にされるのを嫌がった。しかし、得意な領域の話になると、生き生きと語り、大人びた尊大な態度の裏に幼さを感じた。私は週に一回の通院治療の必要性を説明し薬を処方した。

しかし薬の効果は少なく、家では両親の財布から金を盗む、暴言、暴力といった家庭内騒乱が続いた。しかも両親は、「ジムに通って身体を鍛えたい」「学校を辞めて働きたい」という彼の要求に、親としての判断を下せないでいた。反対すると、すぐに声を荒だてたり、妹にまで暴力を振るうので、両親は次の私の面接日までの時間稼ぎをするしか対応の仕様がなかった。両親は彼の要求を飲むか、それともはねつけるかの二者択一の決定を私に求めた。

それに対して私は判断を述べずに、彼の要求の意味を明らかにしていった。というのは、彼の要求が彼の問題点をよく表わしていたからである。身体を鍛え身体を自分のコントロールの下に置くことは、社会に出るために獲得しておかねばならない課題である。そして学校を辞めて働くという問題提起には、親子の間で独立を巡る葛藤があることを物語っていた。

そのうちに三学期も終わりになり、高校を辞めるか留年するか、本人の決心は揺れ動き、家庭内暴力も頻繁になってきた。私は、暴力の激しさ、進路問題に対する焦りの強さから入院治療を勧め、彼も受け入れた。短期間で退院し、再び高校一年をやり直すことになったが、登校してもほとんど授業には出ることができず保健室で過ごすことが多かった。興奮して妹を罵倒し、ジムに通うことを許可しないからイライラすると言った。

私は身体を鍛えたいのは「力が欲しいということではないか。そうでないと自分で自分を守れないと恐れているのではないか」と解釈した。すると彼は泣きながら「そうです」と答えた。

再び学校に戻り、一学期の期末試験は受けた。家では時々声を荒だてることがあったが、私には身体の不調を訴えて依存してきた。父親は、彼がたとえ怒鳴っても、ジム通いを許可しなかった。父親にとって、身体を鍛えることが家庭内暴力をイメージさせたからである。私は、家族同席の面接の中で、ジムに通うことで築かれるであろうコーチとの規律ある関係も捨てがたいのではないか、ということを話題にした。しかし結局のところ、長続きしないであろう

という父親の判断で許可されなかった。
そんなある日、ひとりで受診した彼は「あのわからず屋のくそ親父が！」と吐き捨てた。彼は親に腹が立つと語って、ひとしきり喋り続けた。それ以来彼は、心の内を語り始め、幼い頃を想起するようになった。彼は、非常に移り気な性格で、根気と集中力に欠ける子どもであった。そして彼の家庭内暴力がクラスメートとの喧嘩に負けたことから始まったということが語られた。

その後、「父の期待に応えて高校に通っても『僕の立場はない』」と言って高校を中退し、通信制高校に編入し卒業した。

治療を振り返ると、A君は心の中に生じる葛藤や不安を言葉にするのが拙く、衝動的な行動で解決していた。そのため面接には工夫が必要だった。私が暴力を振るうことを咎めない存在だとわかると、彼は治療を受け入れた。私は彼の暴力の意味を理解していった。その過程で、家庭内暴力が両親に無理難題を要求する姿へと変わっていき、彼は私の勧めを受け入れ入院した。入院に応じたということは、彼が自分の衝動をコントロールできないことを認めたことになる。すなわち、自分の弱さを認めることは治療の進展を意味した。

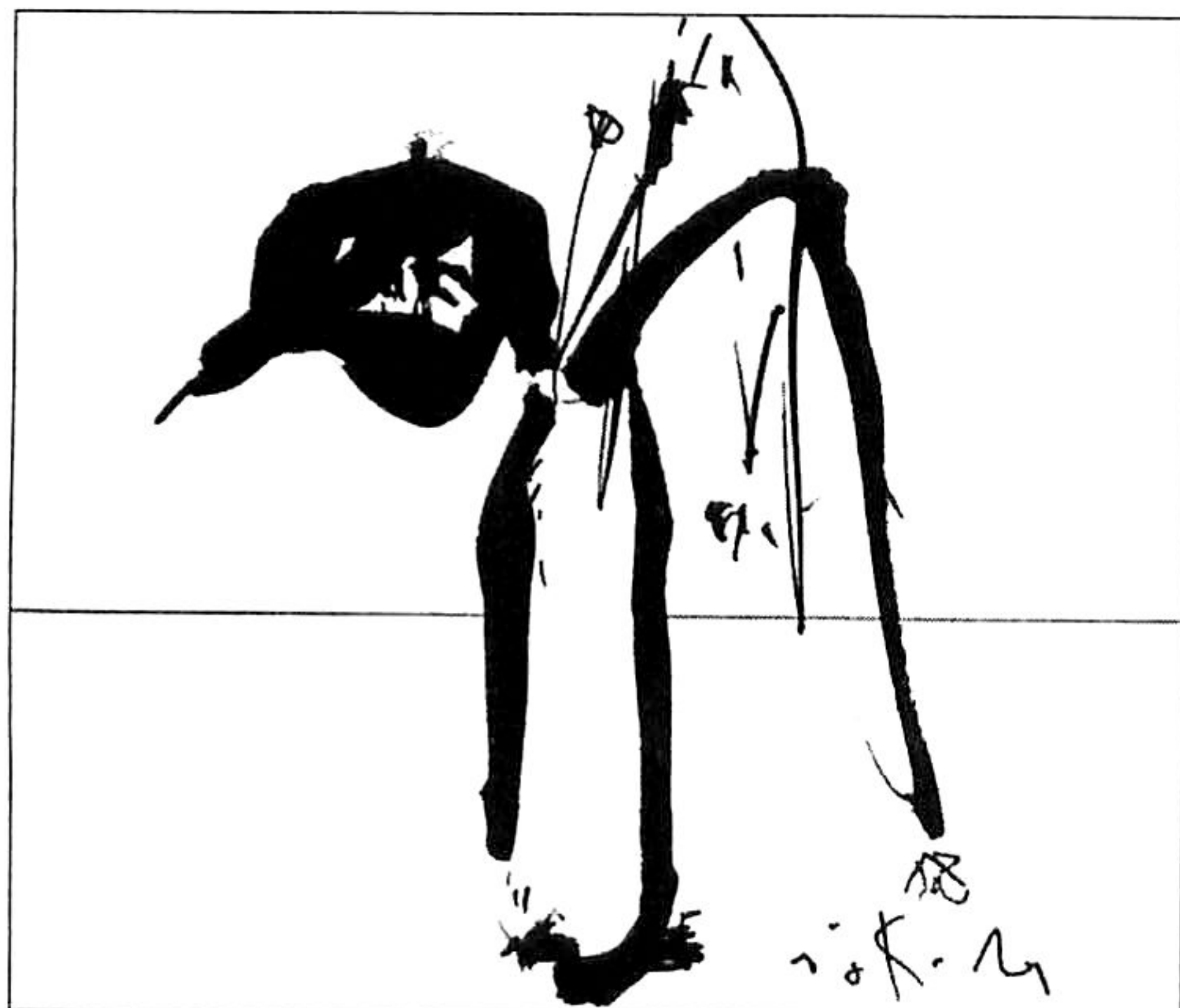
このように、暴力が治療の場に投げ込まれ、そして受けとめられると、言語的な介入が効果を上げる時期へと移っていく。A君が高校で不適応を起こした背景には、親の期待に応えきれないという悩み（＝親の期待を裏切るという罪悪感）があった。興奮して家族に暴力を振るい続ける彼が暴力の裏にある自分への怒りを感じることができたのは、身体を鍛えるためのジム通いを許可しない父親に対する不満を口にするようになってからである。

怒りを行動に出すのではなく、怒っていることを言葉にすることは成長の証である。そうして初めて、現実に起きている問題を親に転嫁させずに自分の問題として取り組むことができるようになるのである。

家庭内暴力の傾向と背景

このケースのように、わが国で「家庭内暴力」というと、子どもが親に暴力を振るう場合を指す。大人の振るう暴力（妻への夫の暴力、幼児虐待、老人や子どもへの暴力など）や、非行少年の暴力は含まれない。夫の妻への暴力や幼児虐待は、子どもの家庭内暴力ほどマスコミも医療関係者も話題にしない。この大人の暴力は見ずに、子どもが振るう暴力のみをクローズアップするところに日本版家庭内暴力の特徴がある。そこには、親の子どもへの期待の大きさと同時に、親に従順であることを求めようとするわが国の文化的問題が見え隠れしている。

家庭内暴力を振るう子どもの特徴の一つに、家庭の内と外での彼らの態度の豹変がある。彼らのほとんどが家では暴力の限りを尽くすのに、外では内気でおとなしい普通の少年、という周囲の評価を受けている。家の内と外で電気のスイッチを入れ替える

illustration／サイコ・オカダ

ごとく態度が変わる。さらに家庭内暴力が起きる家庭環境を見ると、父母と兄弟からなる核家族が大半で、中流程度の生活レベルを持ち、父母が欠損している場合は少ない。普通の家庭に育った普通の子どもたちである。なぜ、普通の子どもが親に暴力を振るうようになるのか?

①家庭内暴力の発症過程：現実的な自己愛の傷つき

暴力を振るうようになるのは不登校の結果であることが多い。子どもが学校に行かないと、周囲が大騒ぎして学校に行くことを強制し、結果的に家庭内暴力という悲劇を引き起こしてしまう場合である。学校に行かない子どもは「悪い子」「困った子」扱いを受け、「学校に行かないで、どうするの」と学歴を中心にした生き方を迫られる。

不登校の子どもは、学校生活において挫折し、「立場」を失い、無力感に襲われている。その状況を両親から理解されなかったときに怒り、暴力を振るい始めるのである。そして、子ども自身が解決しなければいけない問題が親子間の問題へとエスカレートして複雑化・長期化する。さらに思春期の性の問題がこの親子間の葛藤を刺激する。月経や精通の始まり、そして異性との交際は、本来は子ども自身が抱えていかねばならない問題である。

ところが、子どもが思春期に入り大人びてくると、その姿が親の思春期体験と葛藤を刺激し、子どもの情緒発達を妨げるような家庭内緊張が生じる場合がある。すると子どもの問題が親子間の問題へと発展しやすくなるのである。また彼らが親の援助を心理的にも物理的にも必要としている成長段階にあることも複雑化・長期化させる原因の一つである。

しかも心の内を親が理解できるような言葉で表現するのが拙い年頃である。親は、子どもが何に苦しんでいるのかを知ることができずに右往左往して、悪循環を形成していくことになる。

②人格の発達の問題（未熟性の病理）

元来、十三歳から十五歳の子どもは攻撃的な行動障害が全世代を通じて最も多く、十六歳を過ぎるとそうした行動は消退していくので、両親の理解と対応によって暴力は影を潜めて、子ども自身も成長していくケースもある。

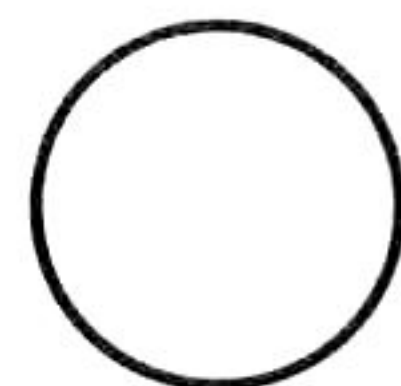
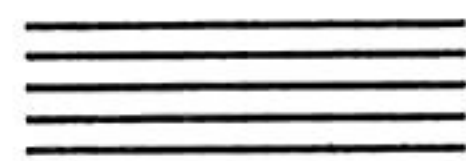
問題は、二十歳を過ぎても暴力を振るい、親から離れきれない青年がいることである。つまり、人格の発達に病理性があるのだ。

彼らの多くが幼い頃から手のかからない「よい子」である。よい子には、母親の支

配が強いために子どもが母親に従うしかない場合と、子どもが非常に早熟で周囲の雰囲気を敏感にキャッチしてしまう場合の二つがある。両方とも、家族の顔色ばかりを窺って「偽りの自分」(D・W・ウィニコット)を成長させてしまう危険性がある。

元来、子どもは無邪気だが、無慈悲なところもあるものだ。ところが、よい子は都合の悪いところは母親には見せない。「偽りの自分」だけを表に出すようになる。

このように、周囲によい子の面ばかりが目立って成長すると、彼らの人格の中に、非常に気の利いた早熟な面と、母親から離れると何もできないといった未熟さが同居することになる。その未熟さは、環境の変化、行事や催し事のたびに、自家中毒、原因不明の発熱、腹痛、頭痛などの自律神経症状で小児科を受診したり、母子分離がうまく進まなかったり、ほかの園児たちの中に入れないというかたちで現われる。そして次第に、親の前での姿と家庭外での姿が乖離する人格が育っていくことになる。

このような問題を抱えた子どもを養育する環境に歪みがあったり――たとえば夫婦仲が悪かったり、互いに尊重し合えないでいるとか――、家庭内が複雑になると、彼らの偽りの成長を放置したまま思春期を迎えさせてしまう。そして思春期を迎えて、自分を支えきれなくなって問題が露呈するのである。

家族はどう対応したらいいのか

一般に、家庭内暴力を振るう子どもの多くが自ら精神科を訪ねてくることは少ない。そのため治療は、まず相談に来る家族(その多くが母親)との関係づくりから始まる。本人抜きで相談に乗れないことはないし、私の経験では、家族の相談に乗っているあいだに、当の本人が受診してくることも多い。

先に、家庭内暴力は現実不適応から始まると述べた。しかし多くの両親がそのことをなかなか理解できない。自分の子どもが、期待したようには成長していないことを受け入れることがなかなか難しいのである。

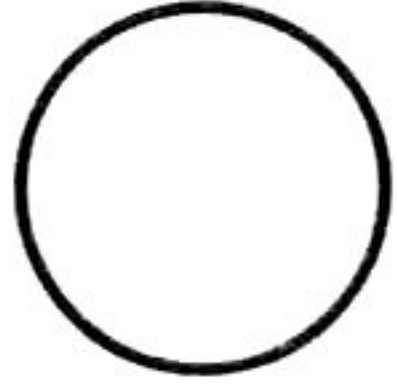
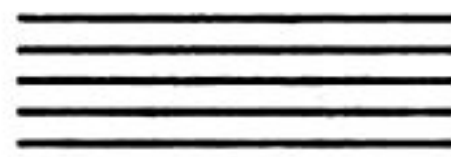
暴力に終止符を打つきっかけになるのは、親が毅然たる態度を示すと同時に、子どもの弱さを認識するときである。

また、暴力を振るう子どもに対して、両親は互いに協力し合えないという自身の問題を抱えていることがあり、それは両親のそれぞれの親子関係にまで遡り、治療者を媒介にして初めて夫婦連合が可能になるケースもある。こうして家族がスクラムを組むと、本人にとって家庭が子育てのやり直しの場へと変化してくる。

とはいえ、中高生のときに発病すると就学を巡って子どもも親も翻弄されるといった現実がある。「青年期とは成長を意味し、その成長には時間がかかる」(D・W・ウィニコット)のに、時間は待ってくれない。手をこまねいていると、あっという間に留年するか退学するか、現実的な決断を迫られるのである。そして解決がつかないままに時間だけが経ち、子どもたちは人格の成長

の場を失ってしまう。

ここまでくると、もはや親が解決できない問題になってくる。親は子どもの問題を解決できないので、子どもの傷つきを癒すのではなく、「あなたが悪い」と子どもを叱りつけることになる。それは、自分が子どもに何もしてあげられない無力感をごまかそうとするこころの働きである。

ここで大切なことは、子どものこころに耳を傾けることだ。無力感に打ちひしがれている子どもの側にいて、言葉にならない感情を言葉にするのを励ますのである。注意すべきことは、感情を行動に出させるのではなく、感情を言葉にすることの重要性である。A君の場合、父親に怒っていることを口にしたのであって、怒りをそのまま表現したのではない。

暴力とこころの成長

こうして、家族の適切な対応の中で彼らは再び成長し始める。しかし彼らは自分の行為を恥じたり、罪悪感を感じるのを避けたがっている。それに耐えられないでいる。

つまり、彼らが罪悪感に苦しめられていることを理解することが重要なのだ。平気で親に暴力を振るうように見える姿は、罪悪感を否認しようとする姿でもある。家族を怪我させても平然としている姿をどう理解するかは治療の分岐点になる。

彼らの多くが、学校に行けないでいることやアルバイトもできないで家に閉じこもって役に立たない存在であることに罪悪感を感じている。しかも、経済的に自立できないでいることに非常に怯えている。先のA君は親の期待を裏切るという罪悪感に苦しんでいた。そのこころの痛みを暴力を振るうことで感じないようにしていたとも言える。不登校になったときに、罪悪感を刺激しないようにすることは、家庭内暴力に走らせることを予防することに繋がる。子どもが現実場面で傷つき不登校になり、無力感や罪悪感で苦しんでいるのをそっとしてあげることが、家庭という環境に求められる。

北山修氏が指摘するように、「攻撃性の有意味化に際しては、内的な罪悪感の発生に応じて環境が『残酷すぎない厳格さ』であることが重要である。治療や環境の適切な対応によって、罪悪感に耐えられるような自我が『修復』や『償い』の機会を与える」こと回復（成長）が見られ、罪悪感を持つようになることが家庭内暴力児にとっての情緒的成長なのである。

家庭内暴力は不登校といった学校社会での不適応から発展することが多く、その治療には家族の理解と協力が欠かせないし、子どものこころの成長には時間がかかることを繰り返し述べて最後にしたい。

［参照］
▼境界性人格障害（12頁）

ブックガイド

『情緒発達の精神分析理論』D・W・ウィニコット　牛島定信訳　岩崎学術出版社

職場不適応症（Maladaptation）

我慢が重なれば心も疲れる

職場の業務や対人関係などでつまずき、職場との一体感を失って、出勤できなくなる心の病気を職場不適応症と呼んでいる。

渡辺　登

わが国のビジネスマンは勤勉だ。働くことを美徳と考えている。心身の健康や趣味、家族との団らん、地域との交流などよりも、自分の仕事を最優先と考えている。働く自分を上司や同僚に高く評価されることで、満足を得ているのだ。

だが、仕事は常にうまくいくとは限らない。しかもバブル経済の崩壊に伴い、企業社会は激変した。リストラによる雇用調整や生産現場に対する経費節減。年棒制など能力や実績を基準とした人事制度の導入。子会社や関連会社への出向や転籍。ビジネスマンを取り巻く環境は、厳しさを増している。

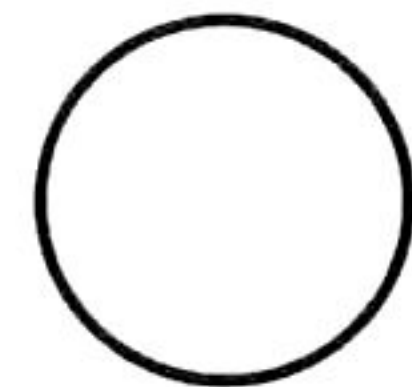
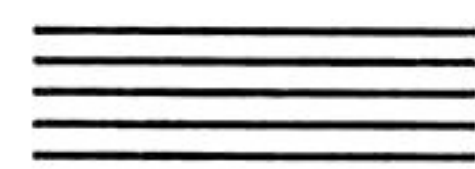
実態を数字で示してみよう。労働省が一九九八年春にまとめた「労働者健康状況調査」は、仕事や職業生活で強い不安や悩み、ストレスを感じている人が六二・八％もいると報告している。五年前より五・五ポイントも上回った。具体的には、職場での人間関係が最も多い。次いで仕事量の多さや仕事への適性のなさである。思い当たることが、読者にもきっとあるだろう。

「仕事ができる」と自負心の強いビジネスマンでさえも、長い不況のなかで心が蝕まれているかもしれない。たとえば出勤しようとすると気が重い。仕事で決断に迷う。落ち着かない。小さなミスを繰り返す。酒量やタバコの本数が多くなる。無理を重ね、我慢を続けているうちに心は疲れているのだ。待ち受けているのが職場不適応症である。

職場の業務や対人関係などでつまずき、

職場との一体感を失って、出勤できなくなる心の病気を職場不適応症と呼んでいる。働く場に問題がある職場要因と、働く人の性格傾向の両者の組み合わせによって生じる病態だ。もちろん精神神経科での専門医による治療が必要になる。職場不適応症は、なかでも若者に多い。といって「自分だけは大丈夫さ」と思い込んでいるベテランのビジネスマンでも、突然、倒れてしまうことがある。安心はできない。

職場不適応症は働く者と職場があれば古来より起こっていた。たとえば享保十三(一七二八)年に編纂された守山藩の藩邸記録を見てみよう。藩の業務が複雑化したため職務をまっとうできないと悲観して、御暇願いを出した藩士が記されている。特別な心の病気ではない。働く者である以上、誰でもがなる可能性がある病気なのだ。企業のなかに〇・二～〇・五%の割合で存在すると推測される。

時代の変遷に伴い、職場不適応症の発症要因や経過も変わりつつある。そこで本稿では、最近の職場不適応症をいくつか解説し、具体的なケースも紹介したい。さらに職場不適応症と若者の就業意識との関係についても言及してみたい。

職場不適応症にはどんな種類があるのか

職場不適応症は性格傾向と職場要因から、以下の四群に分類される。それぞれの特徴を、順に解説してみたい。

1 中核群

[性格傾向] 几帳面、真面目、融通性に欠ける

[職場要因] 子会社や関連会社への出向・転籍。配置転換

戦後、家族制度と地域社会が崩壊したあと、その機能を取り込んだ企業が擬制社会となった。個人は企業と物理的、精神的に従属関係を保つことになる。無意識のうちに企業に同調し、組織に埋没する生き方を求められる。その一方、職場の人間的な雰囲気、周囲との連帯感、役割適合、そして対人関係などがからみ合った全体的な職場環境との結びつきが、個人のメンタルヘルスを安定させる拠り所にもなっている。

個人が職場へ取り込まれること、言い換えれば職場依存は個性化や多様性を奪う。だが自己同一性を得やすく、メンタルヘルスの保持にも一役買っている。そのため職場との結びつきが失われる出向・転籍あるいは異動は、職場不適応症の原因になる。

ところで年功序列は、高度成長期の人口ピラミッド構造と飛躍的に増え続けるポストの二大要因で成立していた。しかしバブル崩壊後に不況期を迎え、年功賃金によるコスト高や昇進職位の相対的不足が生じた。そのため年功序列や終身雇用という戦後広まった日本的雇用慣行が崩れてきている。

大企業の六二%は、意外だが、定年前に従業員の転職を望んでいる。これが企業の現実だ。理由として、高いコストと適性のなさを挙げている。企業が繁栄を謳歌できる期間、すなわち会社の寿命は平均わずか三十年にすぎない。凋落の始まりは、全社

員の平均年齢が三十歳を超えたときである。企業は生き残るために、仕事の主力でなくなった中高年層を出向や転籍、退職の対象として切り捨てようと試みている。それに呼応するように経済企画庁は、労働時間を短縮して労働者の自己啓発を図る時間を与えるように指導している。時短によって、肩たたき(労働力の流動化)を勧めているのだ。

高度成長期には、抜擢や昇進に伴う配置転換を職場要因とする中核群が職場不適応症で最も多かった。ところがバブル崩壊後の不況局面では、関連会社や系列内企業への出向・転籍が配置転換の主体となり、職場不適応症を招いている。

2 ドロップアウト群

［性格傾向］ 未熟で自己中心的(時に小心、神経質、意志薄弱)

［職場要因］ 職務の複雑化、助力の得られない状況

職場不適応症のなかでその割合が多く、再適応が不良な群にドロップアウト群がある。学生時代の甘えた生活に慣れ、理不尽な世界で生きたことのない若者たちは多い。彼らは厳しい現実の下で、ちょっとした挫折で行き詰まれば、出社拒否などの職場不適応症を起こしてしまう。この群は、職場要因よりも軟弱な性格傾向が強く問われている。

『労働白書』は十五~二十九歳の労働者の五七%が、職場や私生活で悩みを持っていると報告している。ドロップアウト群は、その性格傾向から相談相手が少ないだろう。そこで企業の内外を問わず、彼らのための相談の場を設定していく必要があると思われる。それが職場不適応症の防止に幾分か役立つと考えられる。

3 専門職不適応群

［性格傾向］ 几帳面すぎる、小心、神経質

［職場要因］ 職務適性の欠如

八〇~八三年にわたる第二次石油危機不況の後、わが国の企業は大きく変貌した。なかでも技術革新や情報化によって、情報処理産業は急成長した。専門職としての技術者が、大量採用された。しかしオペレーターは作業習得が容易であるものの技術向上の幅が小さく、三交替制など労働条件は厳しい。一方、プログラマーは短い納期期間や頻回の仕様変更、長時間勤務、長期派遣、少ない教育研修や福利厚生など苛酷な就業条件の下にある。

「オペレーターとしての仕事は、単調で進歩がない。俺は会社に使い捨てられるだけだ」と思い、仕事に生き甲斐を見出せないまま退職に至る職場不適応症のケースは多い。職務適性が乏しいため、仕事に不満しか抱けないからである。急成長する情報処理産業だから、と安易な職業選択をしたためだ。

オペレーターやプログラマーなどの専門職は不足している。今後とも、情報処理産業では大量採用が続くだろう。しかし職務適性を欠けば、技術職であり配置転換が困難なため、退職とならざるをえないケースは減らないだろう。

4 一過性反応群

［性格傾向］小心、神経質、几帳面、生真面目

一過性反応群の職場要因では、職場への期待と現実のズレや職場内対人関係、職務の量的過重が挙げられる。各要因ごとに、解説を試みたい。

［職場要因］①職場への期待と現実の職務や職場環境のズレ

企業は自社の華やかなイメージを謳い、新卒者を一括採用する。入社後にはオン・ザ・ジョブ・トレーニングによって鍛える人事管理を通常行なっている。先のイメージと実際の職務にズレを覚えれば、職場に対する不満が噴き出すに違いない。

予想以上に仕事が厳しく、賃金が低く、上司への不満を抱くなど、入社前の予測と現場が大幅に異なっていれば、無断欠勤を繰り返すケースが出てくるだろう。職場への期待と現実のズレによって、職場不適応症を呈するのだ。企業は新卒採用に際し、必要な人材や仕事内容を明確に示し、就職希望者に働く姿を思い浮かべられるように説明すべきである。さらに効率性と採算性を目指した管理強化体制でなく、働く側の創造性や個性を尊重する思考への転換が求められるのだ。

［職場要因］②職場内対人関係

人間関係は、面倒で煩わしく厭なものだ。たとえ嫌いな同僚とでも共同作業をしなければならない。読者にも経験があるだろう。部下キラーと呼ばれる、部下のやる気を潰す根性悪の上司はどの職場にもいる。しかも上司と部下の関係は、仕事のみでなく遊興や家族の交際にまで及ぶ。職場の外でも、気疲れを覚えてしまう。

公益的に見て「問題あり」と思う行為でさえ、上司の命令に服する必要がある。そのため自分自身の価値観と葛藤を生じさせる事態が起こりうる。場合によっては、犯罪者として逮捕されることさえあるのだ。

管理が厳しく、理解の乏しい上司のもとで働くうちに、出勤意欲を欠き、休みがちになる。あるいは上司に奴隷のごとく扱われ、不安発作を起こす。職場内対人関係が要因で、職場不適応症を起こすケースは稀ではない。対人関係を要因とする際は、相互のものの考え方や性格の相性を相対的なものとして捉えることが対応策として必要だ。しかし状況が客観的に把握されたからといって、こじれた対人関係は氷解されないことが多い。その際は、異動あるいは退職として職場を去らざるをえないのが現状である。

［職場要因］③職場の量的な過重

労働は生活の糧を得るための苦役である。反面、潜在能力が開発され、人格的成長がもたらされ、人生の生き甲斐、自己充足でもある。このように労働は、矛盾した面を持つ。しかし仕事の量があまりに多く、仕事で個性と創造性を自由に発揮できず、人間としての成長や自己実現が満たされなければ、人はその仕事に満足できなくなる。ついには職場不適応症として、出勤しなくなるのである。

不況だからといって企業は、余剰人員を一時解雇するなどの要員整理をできればし

たくない。だから仕事量に合わせて従業員数を増やすことに慎重である。そこで好景気時には、所定外労働時間を急増せざるをえない。職務の量的過重の発生は構造的だ。残業時間の多さに不満を訴える労働者は減らないだろう。

▼ケース　業務内容からくるストレス

A　中核群（三十五歳・男性）

本社へ栄転後に業務を処理できず不安感を抱いたケース。

A氏は大学卒業後に損害保険会社に入社し、十二年にわたり地方の営業所で働いていた。営業所では多くの契約を獲得し、高い評価を得ていた。このたび、上司の強い勧めで、本社へ栄転となった。保険の対象は、個人から海外法人に変わった。専門知識が異なるうえに彼は語学力が乏しかったため、残業や休日出勤しても仕事を処理できなくなった。

課長に相談しても、「しっかりしろ。根性がないのか」と怒られてしまった。ついに出社が億劫になった。辞表を提出しようと考えたが、父親に厳しく止められた。そのため不安感が高まり、彼は「気が狂うのではないか」と思い、精神神経科をあわてて受診した。筆者は「気の狂う病気ではありません。周囲の人たちが栄転だといっても、あなたにとって栄転であるとは限らないでしょう」と説明した。

A氏は父親と相談のうえ、異動願いを出すことを決めた。現在の仕事には適性がないので、人事考課が低くなったとしてもしかたないと思ったのだ。願いが受理されて以降、彼の気分は落ち着いてきた。残務整理をした後、地方の営業所へ異動となった。

B　ドロップアウト群（二十五歳・男性）

リーダー役が負担となり退職願いを提出したケース。

B氏は高校を卒業した後、情報処理会社にオペレーターとして就職した。六年間にわたり、彼は三交替制勤務に就いていた。入社七年目の春に、オペレーターたちの取りまとめ役となるように命じられた。彼はリーダーとして、部下の指導やスケジュール作りなど、課の運営に携わることになった。

彼は生来、引っ込み思案な性格である。取りまとめ役を降りたい気持ちが、次第にわいてきた。職場にいても意欲が出ず、出社が面倒になった。無断欠勤が始まったのである。思案の末、B氏は「責任のある仕事はしたくないから」と退職を申し出た。

上司は彼が就業意欲に乏しく欠勤がちなのは、心の病気になったからだと考えた。そこで彼に、精神神経科を受診するように勧めた。筆者はB氏の話を聞き、彼にはリーダー役が不向きであると判断した。彼は「対人関係に煩わされたくない。自分のペースで仕事ができないのなら退社したい」と強く訴えた。

上司はB氏をオペレーターとしては有能

な人材であると考え、彼を取りまとめ役からはずすことにした。役から降りることで、B氏の就労は続いた。

若者の就業意識

職場不適応症は、職業生活に原因がある心の病気を総称したものだ。が、精神医学的診断で分類すれば、**適応障害**あるいは**不安障害**に相当する。

治療では、カウンセリングを主体として薬物療法を加える。それ以外に職場不適応症のため、上司や人事・衛生管理者と連絡を取り合う必要がある。その際には本人の了承を得たり、あるいは本人を交えての相談を行なう。しかし、こうした対応にもかかわらず、若者を中心として退職するケースは少なくないのが現状である。

ところで労働省の調査では、男子二十歳代の離職率は一九八三年以降、上昇傾向にある。新規学卒者の学校卒業三年後の離職率は高卒で約半数、大卒で約三分の一に達していた。離職理由は「仕事が自分に合わない」「労働条件が悪い」「人間関係がよくない」であった。職場不適応症となった若者で退職が多かったのは、労働省の調査での離職率上昇や離職理由から考えれば、条件や環境の少しでもよい職場で働きたいという現代の若者の就業意識を反映したものかもしれない。

八八年以降、彼らの就業意識は目立って変化してきている。バブル経済に伴った所得水準の向上は、個性化や価値観の多様化現象をもたらし、若者に自分らしさや生き甲斐の探索にエネルギーを注がせることとなった。「石の上にも三年」と会社にしがみつかず、自分が仕事に納得できなければ転職するのである。

バブル崩壊以後、若者の勤労観はさらに冷静になった。会社に忠誠を誓い一生懸命に貢献し、その代わりに会社から手厚く保護されるように望んだりはしない。職場での高い地位や収入より、仕事と生活の両立を求める意識が定着してきた。仕事のやり甲斐や面白さを重視しているのだ。自己犠牲を拒否し、自分の欲求に忠実でありたいという意識がさらに広がったのである。

退職を否定的に捉えていた筆者は、若者に退職が多いことで徒労感を覚えていた。しかし振り返ってみれば、青年期は自分を見出しかねて困惑する時期である。卒業時に、自分の適性を元に自己決定できる人は少ないだろう。就職には選択肢が多く、今の職業がすべてではない。個人の性格や能力に合わせて職業を選ぶ必要性がある。若者が適職模索のために転職することは、一概に否定すべきではなかったのだ。ただし計画的でなく衝動的な離職は、長期離職に結びつきやすいので、その際は再考を強く促す必要があるだろう。

[参照]
▼不安障害(60頁)

ブックガイド

『「依存」する心理』
渡辺登　日本実業出版
『働く人の健康管理』
河野慶三　労働新聞社

共依存（Co-dependence）

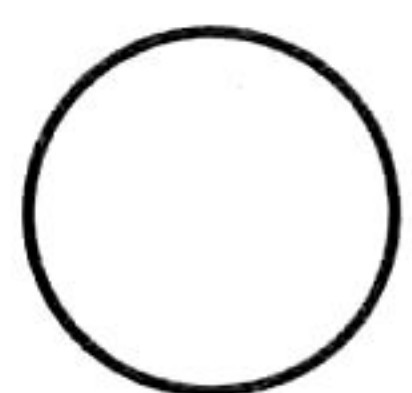
見捨てられと親密さへの恐怖

嗜癖の問題は薬物やギャンブルだけではない。
嗜癖の形成の基盤にある、人間関係の病理が
「人間関係嗜癖」として注目されるようになってきている。

後藤健文

共依存（co-dependency）はもともと**アルコール依存症**の臨床から生まれた概念である。アルコール依存症者に酒をやめさせようとする努力が、かえって彼らの「底つき」を妨げ、彼らが本来感じなければならない「心の痛み」を和らげて彼らの飲酒を可能にしてしまい、飲酒問題を悪化させることが次第に明らかになった。

このアルコール依存症者の回復を妨げる行為を**イネイブリング**（enabling）といい、その行為者を**イネイブラー**（enabler）というが、主にアラノン家族グループ（アルコール依存症者の家族のための自助グループ）で使われていたこのイネイブリングという用語が、一九七〇年代の終わり頃、病院内の家族プログラムに従事していたケースワーカーや心理臨床家によって共依存という概念に洗練されていった（斉藤、一九九五）。

共依存とは、自分がいないと生きていけないような相手を「愛情」によって支配することであり、共依存症者とは、すすんで自分を捨てて他人のために尽くす人である。共依存的関係とは頼られる必要のある人と頼る必要のある人との相互依存・支配—被支配関係という二者関係を指す。

嗜癖は薬物だけでない

嗜癖の概念は、かつては薬物・アルコール依存に対してのみ用いられてきたが、近年次第に拡張され**物質嗜癖**のみならずギャンブル、買い物、消費、仕事などへの嗜癖が問題となり、後者は**過程嗜癖**と呼ばれる。

そして、それらの嗜癖形成の基盤にある人間関係の病理が**人間関係嗜癖**として注目されるようになってきている（A・シェフ、一九八七、斉藤、一九九五）が、そのキーワードが共依存である。

今回、離婚・再婚を繰り返した一女性例をケースとして呈示し、彼女に繰り返された人間関係のパターンに潜む「人間関係嗜癖」に、共依存、共謀などの観点から考察を加えた。

尚、呈示した患者のプロフィールは、プライバシー保護のため本質的でない部分は大幅に脚色を加えてある。

▼ケース　離婚・再婚を繰り返してしまう

初診時四十五歳の女性。初診の半年前から動悸、息切れ、頭痛、めまいが現われ、強い不安のために家事が手につかない状態となった。家事ができないことで自分だけが責められているような気がして、発作的に安全カミソリで手首を切ったという。初診一カ月前に再び同様の手首自傷を試み、しばらく迷ったあげく来院した。

患者の家族背景を見ると、父方祖父、母方祖父、母の弟が明らかな問題飲酒者ないしアルコール依存症者であり、とくに父方の祖父は酔うと包丁を持って妻子を追いかけ回すこともあったという。母の実家は裕福であったが、母が幼少時、家業が倒産し没落した。患者の父は祖父ほどの暴力はないが飲酒に絡むトラブルを起こしやすい大酒家であり、患者が幼い頃から両親は不仲で口論の絶えない険悪な雰囲気が日常的であったという。

二歳下の妹が小児麻痺に罹患していたため、患者は幼少期に父の実家に数年間預けられた。母は長女である患者に関心が薄いうえに些細なことでしばしば体罰を課したが、患者は抗議することができなかったと回想する。高校一年のとき、父の経営する店の資金繰りが苦しいため高校を退学するように母から頼まれ、患者はやむなく中退した。

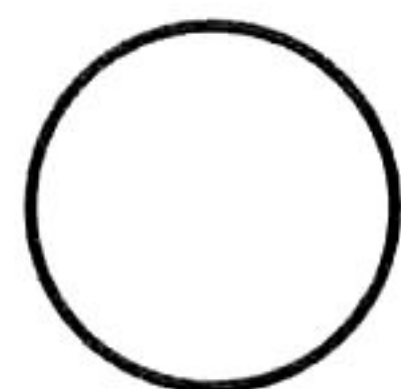
男性との関係の歴史をたどると、現在まで二回の離婚歴があり、初診時に同棲中の男性とは内縁関係にある。患者は、二十歳のときに両親の勧めで三歳年上のAと最初の家庭を持った。ところがAはギャンブル好きで借金を重ね、そのうえ結婚当初から愛人を囲っていたなど、平穏な家庭を営むことはできなかった。患者が愛人の存在を追及しても、「別の女がいるからお前のことも愛せるのだ」と開き直る発言をした。一子をもうけるが、結婚後一年半で別居生活に入り、二十三歳時にAとは離婚となった。

二度目の夫Bは大工で、腕はよいが職場でトラブルを起こしては辞めるということを繰り返す人だった。二十四歳当時、子どもを可愛がってくれたことがきっかけとなって患者はBと再婚した。Bの仕事ぶりが

不安定だったため、患者は再婚当初からスナックでアルバイトをして家計を支えたが、Bは嫉妬深く「髪や服が乱れている。客と何かあったんだろう」などと疑ってはしばしば暴力をふるい、患者は鼻骨を骨折させられたこともあった。

二十八歳のときにBとの間に子どもを出産したが、Bの仕事ぶりや態度に変化はなく、三十三歳のとき、ようやく患者はBから逃げ出した。ところが、しばらくして所在を探し当てた夫に泣きつかれ金の無心をされると、断わりきれずにあり金を渡してしまうということが重なった。

その後「もう一度やり直してほしい」というBの言葉を信じていったんはよりを戻したが、時を経ずにBは別の女性と駆け落ちしてしまった。このような事情による同居と別居を何度か繰り返した後に、長期間の別居を経て、三十七歳のときに患者は離婚を決意するに至った。

初診時の同棲の相手Cは十歳以上も年上だったが、どこか父親に似たところに惹かれ、患者が四十歳の頃から同棲生活に入っている。頑固で気難しく、高血圧と糖尿病による入退院を繰り返し、患者はCと知恵遅れの次男（Bとの間の子ども）の介護に明け暮れる生活を送っている。Cには問題飲酒や暴力はないが女性問題で現在、患者を悩ませている。

繰り返す共依存関係

最初の結婚は特別な理由のために破綻したのであり、今後は同じような不幸に見舞われないようにしようと離婚経験者が考えるのは当然なことであろう。しかし、初婚での失敗を繰り返すまいという努力にもかかわらず、まったく同じ結果となる場合もある。呈示したケースはその典型例といえよう。飲酒、暴力、女性問題、経済的無能力など、さまざまな夫の問題が明らかとなり、紆余曲折を経て離婚を決意してからはもう二度と同じ過ちは繰り返すまいと念じながら、二度、三度と同様の問題を抱えた男性をパートナーとしている。その関係が破綻するまで、自己犠牲の上に成り立つ世話と献身を通じて患者は夫との関係を支えようとしているように見える。

R・ノーウッドによる『愛し過ぎる女たち』は、人間関係嗜癖に悩む女性たちのケース集ともいえる著作である。「愛し過ぎる女」とは、「男性や、男性のもたらす苦悩なしにはいられない」女性であり、自己犠牲的な献身を通じてパートナーを自分から離れられなくする（支配する）、共依存的な関係を繰り返す。本ケースにおける著しい利他的傾向と「必要とされたい」強い欲求は、「愛し過ぎる女」の特徴を示し、これはA、Bとのそれぞれの関係において反復的に認められるだけでなく、A―B―Cと対象が交代するなかにも認められる。

たとえばBとの結婚生活において、暴力に耐えかねて家出をしていながら、Bが謝罪し再出発を懇願すると患者は金を渡したり、同居を再開したりする。患者はひとり

表1　共謀の4類型

類　型	主要テーマ	治療目標
自己愛共謀	一体としての愛	相手を境界づけられた存在として認める
口愛的共謀	互いに配慮しあうのが愛	互いに与えたり与えられたりする
肛門ーサディズム的共謀	互いに相手に属するのが愛	強制的でない連帯責任をとる
男根ーエディプス的共謀	男性性の確認としての愛	性的同一性を互いに捕捉しあう

（J・ヴィリ『夫婦関係の精神分析』から要約）

の相手に、「今度こそ立ち直ってくれる」ことを念じながら尽くしては裏切られ、その際、深い絶望感を味わったはずであるにもかかわらず、「今度こそいい人と」と願いつつ、またもや患者の献身を必要とするCをパートナーとしているのである。

男女関係に潜む〝共謀〟

このような男女間の病理を理解するには**共謀**（J・ヴィリ）概念も有用である。ヴィリは、共謀を「同種の克服されていない基本的な葛藤のために、二人またはそれ以上の組み合わせの人間が、ばらばらでなく、お互いに密かに演じ合う共演を指す」と定義し、「男女が子ども時代にまで溯りうるような対人関係における早期の障害を共に有していると、両親との間の葛藤が配偶者との間にも生じ、共同生活を維持するのが困難になる」と指摘している。そして幼児期の成長段階のテーマに合致する共謀の基本テーマを表1のごとく四つあげている。

今回紹介したケースでは、ヴィリの分類における**口愛的共謀**の病理が中心的問題となると思われる。母親としての立場にいる者は、自分自身の口愛的欲求や主張を出さないように防衛し、世話をする課題が与えられることによって自己価値観の高揚を感じる。他方、世話される立場にある者は、早期幼児期に欲求不満に陥れられたか、あるいは甘やかされたために、それを退行的に補足しようとしたり、あるいは繰り返し求めようとする。すなわち、お互いに克服されていない同種の基本的な葛藤を、鍵と鍵穴のごとく補うことができる相手を無意識裡に選択しているというわけである。

P・メロディは他者（異性）の世話を焼くことに夢中になり、相手に対し不釣り合いなほど多くの時間を割いて気遣いをする者を**愛情嗜癖者**、逆に関与と健全な親密性を避け、酒や仕事や情事のような嗜癖に強烈に集中する人を**回避嗜癖者**と呼び、なぜ両者がお互いに惹きつけられ、やがて反発し、耐えられなくなってパートナーのもと

表2　愛情嗜癖者と回避嗜癖者の恐怖

	意識されている恐怖	無意識の恐怖
愛情嗜癖者	見捨てられ	親密さ
回避嗜癖者	親密さ (巻き込まれ)	見捨てられ

Mellody,P.:Facing Love Addiction. Harper San Francisco. New York,1992

を去るのかを詳細に記述している。メロディによると愛情嗜癖者、回避嗜癖者はともに共依存症者であるが、共依存症者がすべて愛情嗜癖者というわけではない。また、ひとりの人が両方の役割の特性を示すことがあり、たとえば、主要な関係では回避嗜癖者である人が、その関係の外では愛情嗜癖者になることもある。

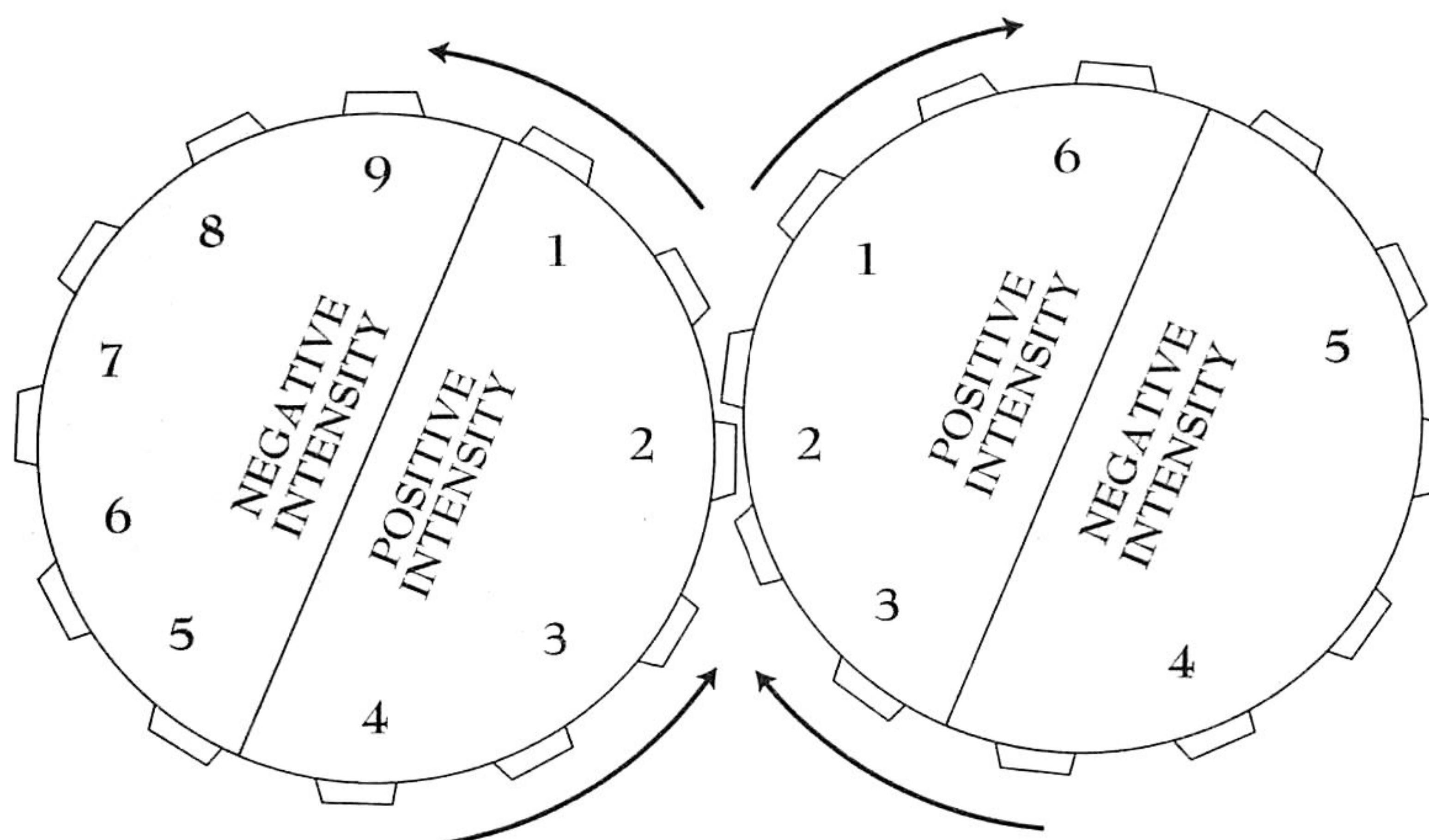
愛情嗜癖者と回避嗜癖者は、見捨てられと親密さへの同じ恐怖を有するわけだが、表2はひとりのパートナーに意識されている恐怖が相手に対して無意識の恐怖となるかどうかを示している。愛情嗜癖者と回避嗜癖者は互いにその特性に惹かれ合うが、回避嗜癖者はパートナーとの関係が深まると、相手に圧倒され巻き込まれるという恐怖を感じるため、その関係を最小限度に留めて親密さを回避しようと努める。そして、パートナーとの関係以外の何か、たとえばアルコールや仕事などに集中することで圧倒される恐怖から自分を防衛し、結果的にパートナーを見捨ててしまう。

一方、愛情嗜癖者はパートナーに現実離れした期待を押しつけ、相手を必死に操ろうと試みては失望感を味わう。回避嗜癖者が愛情嗜癖者との距離をとろうとしても、当初はそれを打ち消したり否認しようとする。そして、回避嗜癖者が自分を見捨てたことに気づくと、パートナーを自分のもとに引き戻そう、あるいはパートナーに仕返しをしようと思いつめる。また、回避嗜癖者のほうは、関係を捨てたことへの罪悪感からしばしば愛情嗜癖者のもとへ戻ったり、愛情嗜癖者のほうで追いかけることを諦めて去っていったと気づくと見捨てられる恐怖が生じて、再び愛情嗜癖者を誘惑することも少なくない。そして、再び同じサイクルを繰り返すことになる。

図は前述したような関係性を図式化したものである。左の輪は愛情嗜癖者の感情サイクルを表わし、それは時計の針と反対に回転し、右の輪は回避嗜癖者のサイクルを表わしていて、時計回りに回転する。それぞれの輪の歯はもう一方の輪の歯とかみ合

図1 それぞれの感情サイクルはどのように他のサイクルを動かすのか

9 8 7 6 5 4 3 2 1
NEGATIVE INTENSITY
POSITIVE INTENSITY

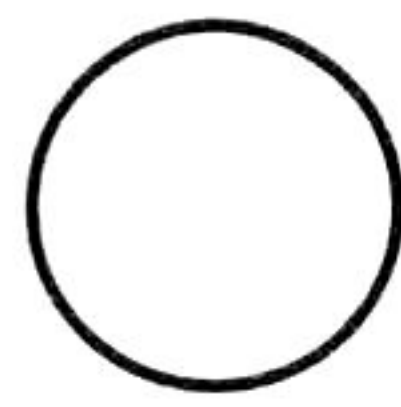
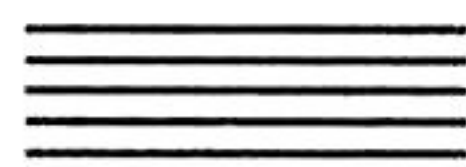
6 5 4 3 2 1
POSITIVE INTENSITY
NEGATIVE INTENSITY

愛情嗜癖者

1. 回避嗜癖者の力とおせじに魅かれる
2. ファンタジーが思い起こされるとハイになる
3. 孤独や空虚感やパートナーにとって自分は重要でないという痛みが軽減したように感じる
4. 今まで以上に欲求を表し、見捨てられている現実を否認する
5. 否認が崩れるとパートナーが自分を見捨てる行為を自覚するようになる
6. 離脱に突入する
7. 回避嗜癖者がどうしたら戻ってくるか、または、どうしたら仕返しができるかという考えが頭から離れない
8. 強迫的な案を強迫的に行動化する
9. 回避嗜癖者とのサイクルを繰り返す‥‥もしパートナーが帰ってきたらその人と、そうでなければ新しいパートナーと‥‥

回避嗜癖者

1. 愛情嗜癖者の欲求と脆さに魅かれる
2. 誘惑によって愛情嗜癖者と関係を持つ
3. 愛情嗜癖者のおせじでハイになる
4. 愛情嗜癖者の欲求によって、巻き込まれコントロールされているように感じる
5. 巻き込まれ恐怖を癒すために、関係を放棄して嗜癖に向かう
6. 見捨てられまたは罪悪感の恐怖からその関係性に戻ることによって、あるいは新たな関係を見つけることによってサイクルを繰り返す

Mellody,P.:Facing Love Addiction. Harper San Francisco. New York,1992

っており、両方の輪をサイクルに沿って動かす。つまり、二人の行動は相手に影響を及ぼし合って、それぞれの次なる行動を引きだすことになる。本ケースの場合、患者が愛情嗜癖者で、A、B、Cが回避嗜癖者ということになる。

自分の人生を生きる

愛されるため身勝手な相手に合わせようと無理を重ねる本例のようなケースは、程度の差こそあれ決して少なくはないであろう。しかし、当事者が自らの共依存的問題に自覚的であることはほとんどない。しばしば、彼女たちは周囲の人から男運がないと同情されたり、その自己犠牲的・献身的行為を称賛されたり、励まされたりするが、そうされることで一時的に元気づけられたとしてもさらにその否認を強化してしまい、同じような過ちを再び繰り返すこともある。

また、世間一般的に愛する人のために自分を犠牲にして尽くすという行為はむしろ称賛されることが多く、これこそが〝真の愛〟であるという言説が恋愛小説、歌謡曲、映画などで繰り返され強化されている。さらに、わが国自体が他者の評価に敏感な社会であり、多くの人が周囲の目を気にしながら生きていて、このような関係に対して「持ちつ持たれつ」などと肯定的に捉える傾向もある。こういった風潮のなかで、いっそう共依存的問題は見えにくくなっている。

しかし、こういった男女の関係に限らず、他者の評価に無理やり自分を合わせようとして窮屈な生き方を余儀なくされている人は実際多いのではないだろうか。たとえば、会社での気配りと自己犠牲を美徳とする雰囲気のなかで、自分や家族を顧みるゆとりを失っている人、夫に対し不満を持ちながら子どもに自分の理想を託す教育ママなどなど。

共依存者の問題は、彼らが自らの欲望ではなく他者の欲望を生きていることにある。つまり、自分の人生を生きていないわけで、長期にわたってそういう状態が持続すれば自分というものがなくなってしまう。そのため、彼らは漠然とした生きにくさ、不全感、虚無感などを常々感じている。

こういった共依存的問題の病理性にようやくわれわれも気づき、共依存概念が注目され始めたのではないかと思われる。

[参照]
▼過程嗜癖（90頁）

ブックガイド

『愛情という名の支配』
信田さよ子　海竜社
『愛し過ぎる女たち』
R・ノーウッド　落合恵子訳　読売新聞社
『夫婦関係の精神分析』
J・ヴィリ　中野良平、奥村満佐子訳　法政大学出版局

コラム⑫▼歴史にみるケース【3】

エメ(Aimée)

成田 毅

まったく面識のない人気女優に刃物で斬りかかり逮捕された。拘留から二カ月して、彼女は病院に移され、医師ジャック・ラカンが一年半にわたって彼女を診ることになった。このケースをきっかけにして、ラカンはフロイトの精神分析学を新たに読み直し、独自の理論形成にいたることになる。

エメは六人兄弟の三番目の子として生まれた。家業は農家だった。母親は元来精神状態が思わしくなく、一番上の姉がすべての世話をしていた。だが、姉は専制的な母親の役割をしていたという。

十八歳のときに、公務員の試験に合格し、国鉄の事務員となった。やがて、結婚し平穏な生活を送っていたが、最初の妊娠中に一過性ではあるが妄想が現われだした。それは、職場ではみんなが自分のことを中傷するし、街でも人々が自分を軽蔑している。そして、新聞も自分のことを書きたてていると。「お腹の子どもが死ねばいいと、みんなが思っているんだわ」、こういう妄想だった。

偶然なのだろうか、彼女は死産してしまった。たまたま、結婚前からつきあっていた女友達から久しぶりに連絡があったことで、その友達への被害妄想も起こってしまう。女友達は没落貴族の出で、おばの隣人がMmeZ、母親と女学校からの知り合いがサラ・ベルナール、ともに当時人気の女優だった。毎夜、夜会を催したりしていた彼女のライフスタイルに、エメは憧れていたようだった。

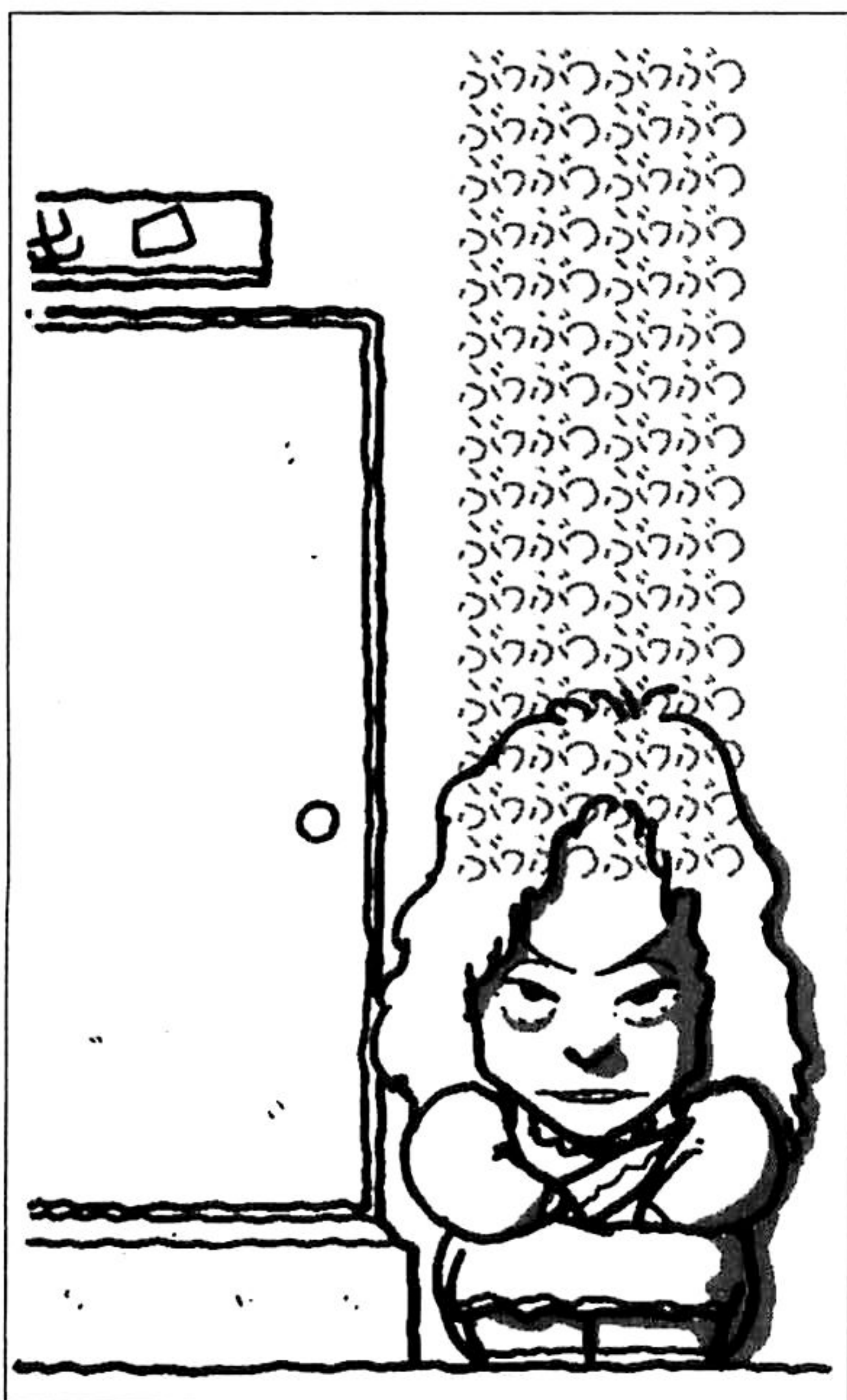
三十歳のときに、今度は無事男の子を出産したが、夫が浮気をしているという妄想に駆られる。そして、事情があって同居していた姉も、家事や育児にケチをつけるようになった。こうした状況もあって、エメは単身パリへ転勤することになる。子どもに会うため、定期的に帰宅していたものの、パリ滞在の時期は多彩な妄想に彩られていたという。やがて、女優や女流作家、そして姉までもが、自分の大切な子どもを狙っていると考え始め、その作家を攻撃する文章を新聞社に持ち込んだ。執拗に掲載を要求したが、あえなく断わられてしまった。

そして彼女が三十八歳のとき、人気女優MmeZを劇場出口で待ち伏せし、冒頭の事件を引き起こしてしまったのだ。

拘留中、彼女の妄想は突然消えてしまったのだが、後にラカンはこう分析する。女優襲撃によってもともとあった自分を罰する欲求を満足させ、同時に自分の理想をも攻撃したことで満足し、妄想が消えたのだと。

このケースは、一九三二年の「人格との関係からみたパラノイア性精神病」として記述され、当時のシュールレアリストの間でも評判になった。

illustration／工藤六助

マタニティー・ブルー（Maternity Blue）

妊娠・出産にまつわる母の悩み

お産や子育ての経験のない若い夫婦が多くなり、周囲のサポートもないことが問題の発生に関係しているようにみえるのが、とくに最近の特徴である。

島　悟

妊娠・出産は、本来は喜ばしい出来事で、古代から子孫繁栄は一族郎党の願いであり、そのため、子どものできない妻は時には実家に戻されることもあった。しかし現代においては、DINKS（Double income no kids）という言葉がはやっているように、必ずしも子どものいる家庭が普通であるとは考えられなくなってきている。それだけ、女性にとって出産や育児から自由に生きることが可能になってきているのかもしれない。

しかし反面、出産や育児に関して知識や体験の乏しい女性や男性が増加している。カップルが子どもを産むことや育てることに関して心構えが不充分なために、さまざまな問題が生じる背景にもなっているのだ。とりもなおさず、それが産後にみられる精神的問題が生じる要因の一つになっていると考えられる。

今日の日本では、夫婦と子どもからなる核家族が基本的な家族形態となっている。三世帯家族も時にみられるが、同じ屋根の下に住んでいるとしても、生活時間を共有することは少なく、事実上分離されていることが少なくない。同じ敷地内に生活していても日常的なサポートを得にくい状況が存在するわけだ。

このように、お産や子育て経験のない若い夫婦が多くなり、身近でさまざまな体験を伝えてくれて、同時に何かあった際にはサポートしてくれるお年寄りのいないことが問題の発生に関係しているようにみえるのが、とくに最近のケースの特徴である。

いささか結論を先取りしてしまうようだが、人の生き死ににまつわる問題を直視する機会を得ることは大切であり、また先の世代から体験を受け継ぐことは重要であり、このことはひとえに文化の問題でもあるだろう。

ここでは、比較的よくみられる産後の精神的な問題について、ケースを紹介しながら、簡単に解説を加えてみる。産後の精神的問題にはさまざまな種類があるが、産後の錯乱状態、産後うつ病およびマタニティー・ブルーズを取り上げる。

▼ケース　産後の錯乱状態

産後に錯乱状態を呈したB子さんは三十一歳だった。夫は五歳年上。B子さんはとても几帳面な性格の方だった。この几帳面という性格は、本来決して悪いものではない。物事をきちんとする人だから、他人からは信頼されて、職場では大切な仕事を任されることもあった。

しかし几帳面な人は、几帳面であることが好きだから何事もきっちりしているのではなく、むしろ物事がきちんと秩序だっていないと不安になるという側面がある。何かトラブルが生じた際に臨機応変に対応するのがやや苦手である、ということになるかもしれない。

ところで、B子さんには以前つきあっていた男性がいた。今時、結婚の相手が初めてつきあった男性であるということはかなり少ないだろう。B子さんは、実は、この男性から病気を移されたのではないかと心配になっていた。夫には結婚前につきあっていた男性がいたことは伏せていたので、そのことが几帳面なB子さんにとっては、とても大きな精神的負担になっていた。

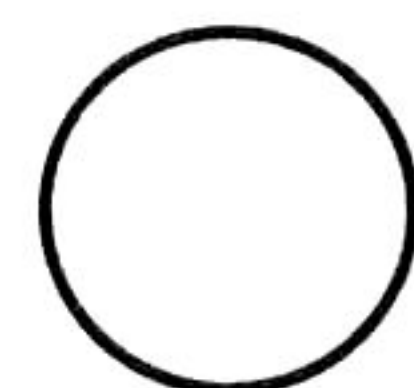
結婚して間もなく懐妊したことがわかった。B子さんも夫も、とても喜び、周囲の人から祝福も受けた。しかし、B子さんは、誰にも語れず、密かにある恐れを抱きつづけていたのだ。はるか以前に、くだんの男性からもらった病気が赤ちゃんに移るのではないか、そのことで過去の行状が夫にばれてしまうのではないかという恐れを抱いていたのだ。医学的に判断して、そもそも以前つきあっていた男性から病気をもらったということ自体、状況からみてありえないことだったし、いわんや赤ちゃんに移るなどということは考えられないことだった。このあたりは、病的な思考であると考えられる。

そして出産の日を迎えることになった。出産直後から、赤ちゃんに病気が出てしまったと興奮して騒ぎ始めた。現在と過去がごちゃごちゃになり、何が何だかわからなくなってしまったと言う。結婚前につきあっていた男性がいたことを、とうとう夫に話したところ、夫は意外にも優しく受けとめてくれた。B子さんはとても安心した。お産をして数日経つ頃には徐々に落ち着きを取り戻して、十日後に退院した。その後

の経過はまったく順調である。

このように妊娠・出産には、人には言えないさまざまな問題がつきまとうことが珍しくない。女性にとっては、産みの母親が最も頼りになる存在だろう。しかし母親が遠くにいるとか、病弱であるとか、あるいは小さい頃から母親に心配をかけたくないと思って、相談したり愚痴を言えないこともある。もちろん夫は最も大切な人だが、とくにお産が関わってくると、やはり母親の助けはとてもありがたいことのようだ。

人によっては、このB子さんのように出産のときにクライマックスを迎えることもある。普段から小出しにしておけば、一挙に爆発的に噴出せずにすんだのではないかと思われることもある。前触れのなかった神戸の大震災と同じだ。幸いB子さんの夫は非常に面倒見のよい方だったので、うまくいった。

やはり夫はキーパーソンである。実のところ、B子さんの両親はとても厳しい人で、女性は結婚前に男性とつきあうべきではないという考えをされる方だった。B子さんは知らず知らずのうちに、こうした御両親の倫理観を身につけていかれたようだ。

産後のうつ病

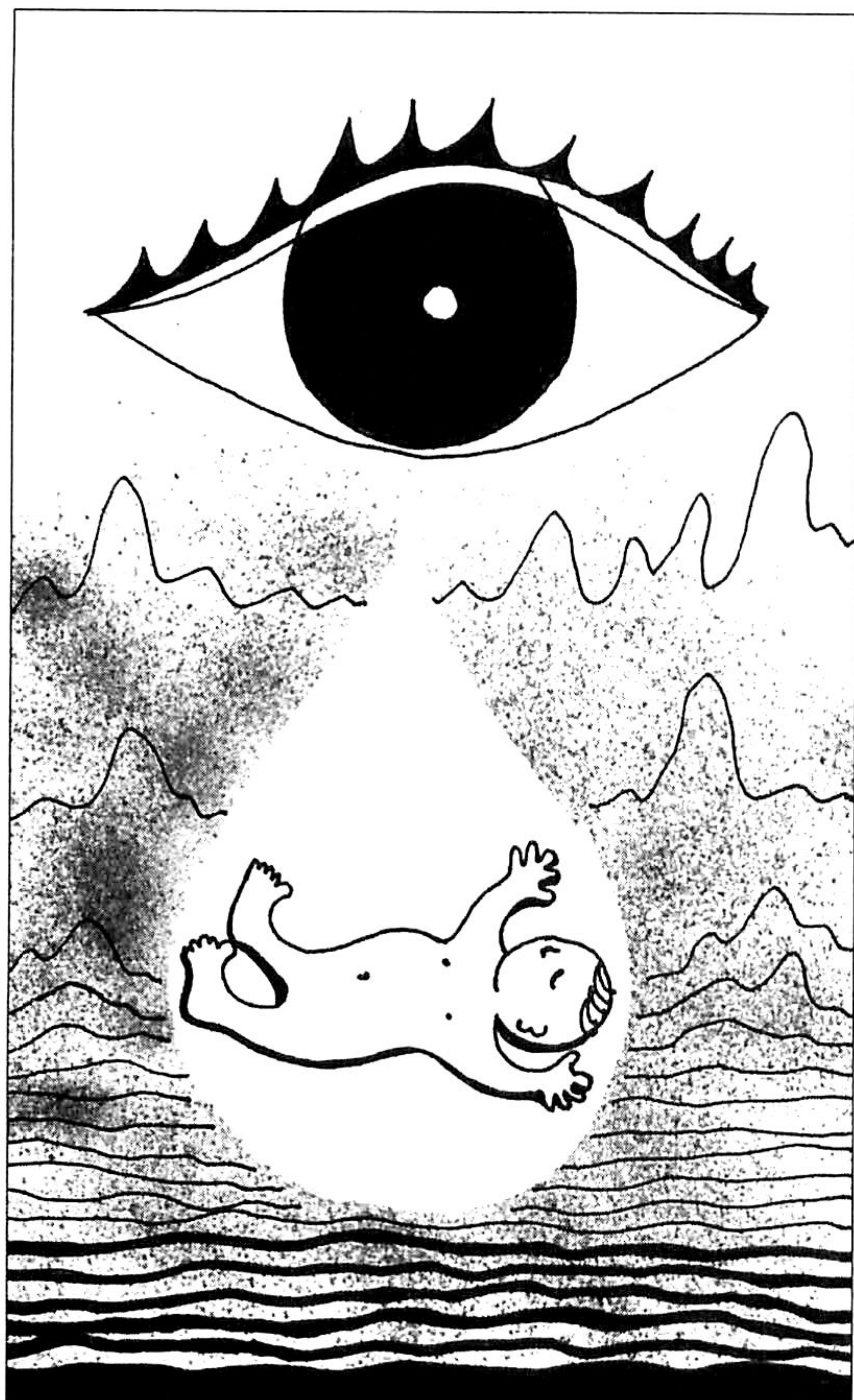
次は、産後うつ病になったS子さんのケース。

S子さんは十九歳という若い年齢で結婚され、夫も結婚時二十一歳、若いカップルだった。結婚当初は夫婦仲良く暮らしていたが、二年ほど経つ頃から夫婦関係があやしくなってきた。夫婦とも仕事をしていたが、夫はフリーターで定職がなく、生活基盤が脆弱だった。夫に親しい女性のいることが発覚して以来、夫婦関係は冷却の一途を辿ったが、結婚して五年目に子どもを身ごもった。必ずしも望まれない子どもであったわけだが、案の定、堕ろすかどうかで揉めた末、結局、S子さんの強い意志が通って、子どもを産むことになった。

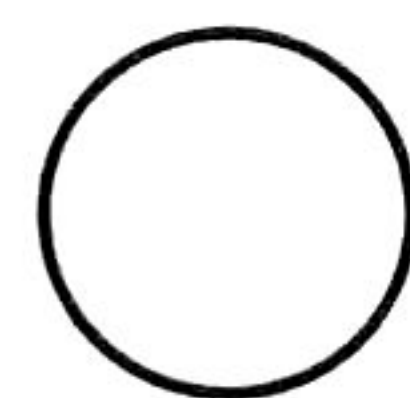
妊娠六カ月頃から、S子さんはだんだんと憂うつになっていった。お腹が大きくなってくれば、出産後に待ちうけるさまざまな困難が現実味を帯びてくるし、夫の態度がますます硬化することにもなった。周囲からのサポートが得にくい状況は、ますますS子さんを追いつめていくことになった。夫婦関係が冷却化して、しかも周囲から支持の得られない状況では誰しも憂うつになる可能性がある。

こうした状況で、子どもを身ごもるということは、状況の悪化にさらに拍車をかけた。S子さんは深刻なうつ病に陥った。その頃、定期的に通院をしていた産科の先生から神経科を紹介された。

まずは充分に時間をとって、話を伺うことにした。その結果、上記のような話が語られたのだ。薬を出して、近日中に夫と来院するように指示した。しかし案の定、夫は次回の来院時には来られなかった。S子さんは数回通院された後に転居されて、その後の情報は得られていない。容易に想像できると思うが、薬の力だけではどうにも

illustration／ツツミエミコ

ならない現実の重みといったものがあった。

S子さんの場合のように、妊娠・出産は必ずしも常に望まれたものではなかったし、予期されたものでもなかった。むしろ子どもができてしまったという場合が多いかもしれない。とくに若いカップルの場合には、そういうことが少なくなく、結婚していない場合もあるだろうし、結婚していても、経済的に余裕のない場合が少なくないと思われる。もちろん周囲の人たちからサポートがあれば、そして周囲の人々から祝福されていれば、何の困難もない場合も多いと思われる。

不幸にして、悪い要因が重なると、S子さんのように、深い抑うつを体験することになる。精神科医は、もちろん薬を使うが、周囲から充分なサポートが得られるようにするために、夫婦関係を調整したり、姑や実母との関係の修復をはかることに腐心することが少なくない。実際、精神科医には、調停委員のような役割が求められるのだ。

マタニティー・ブルーズ

次に、マタニティー・ブルーズのK子さんの例を紹介する。

K子さんは、二十九歳で、三年前に二歳年上の男性と結婚した。待ちに待った子どもの誕生は、夫婦にとっても、初めての内孫になる祖父母にとっても、幸福な出来事だった。妊娠中の経過はおおむね良好だったが、出産が近づくと軽い不眠と不安感がみられるようになった。この程度の不眠や不安は、普通でもよくみられる。

待望の出産当日になった。K子さんは女の子を希望していたが、生まれたのは男の子だった。もちろん、女の子であるのか、男の子であるのかは大した問題ではなく、K子さんはとても嬉しく感じた。ところが、産後三日目に、そこはかとない寂しい気分

になった。自分でもわけがわからず、ふと涙ぐんでいる自分に気づくことすらあった。なんだか頭の回転も悪くなったように思った。

お見舞いに来た家族の人はびっくりした。しかし、幸いなことに、こういう状態は二日間ですっかり治った。K子さんは、どうして調子が悪くなったのかさっぱりわからなかったが、その後は全然問題はなく、予定どおり七日目には退院していかれた。

マタニティー・ブルーズは、このように出産直後に、一過性に涙もろくなり、気分が落ち込み、時には頭がぼんやりするような状態を指す。これは、病気ではない。生理的な現象と考えておいたほうがよいと思う。K子さんが自分で涙もろくなった理由を思いつかなかったのは、生理的なものであるからだ。妊娠すると多くの方はつわりを経験する。誰もつわりを病気とは思っていない。マタニティー・ブルーズも同じようなものだ。通常は、それほど気にしなくてもよいわけだ。

しかしつわりは、ひどい場合だと何も食べられなくなり、入院して点滴することもある。マタニティー・ブルーズも、程度が強くなり、長引くと本格的な治療が必要な場合もある。

マタニティー・ブルーズは本来、一過性の状態を指す言葉だから抑うつの程度が強く、また長引く場合には、マタニティー・ブルーズではなく、正確には「産後うつ病」と考えたほうがよい。実際上問題になるのは、最初の時期には、マタニティー・ブルーズであるのか、産後うつ病であるのかはっきり判断がつかないことだ。そのため程度が強く、長引く傾向のあるマタニティー・ブルーズでは、一応の注意をしておいたほうがよいということになる。

念のため書き添えておくと、マタニティー・ブルーズは生理的なものであると考えてはいるが、つわりにしても、このマタニティー・ブルーズにしても、更年期障害にしても、たとえ生理的な現象としての性格が強いとしても、心理的な影響も少なからずあるということだ。実母の支えや、夫の支えが充分にあると状態が軽くてすみ、長引くことはないかもしれないが、実母や夫との関係が難しい状態であると、深刻な状態に発展していくこともあるということである。

またマタニティー・ブルーズと産後うつ病の境界が判然としないこともある。正常と異常、健康と病気は簡単に分けられるものではないということにも注意が必要だ。

マタニティー・ブルーズはともかくとして、錯乱状態になったB子さんにしても、うつ病になったS子さんにしても、さまざまな背景のあることがわかっていただけたと思う。とくに指摘しておきたいのは、「錯乱」菌があったり、「うつ病」菌があるというのではなく、要は急に何かが起こって病的な状態になるというよりも、小さい頃からのさまざまな問題が集積して、妊娠・出産という状況で、クライマックスを迎え、一挙に問題が噴出したものであると考えられる場合が少なからずあるということだ。

このことは、長雨が続いた後で、それほどの大雨でもないのに山崩れが生じるのに似ている。たとえて言えば、クライマックスに至るストーリーがあるわけだ。芝居を例に考えると、同じ脚本を用いても、時代の移り変わりにつれて、舞台装置や服装、あるいは振り付けが変わっていくのと同じように、時代とともに、錯乱状態や抑うつ状態の色彩は変わっていく。こうした状態に至る道筋やその背景も変わっていくのだ。

その意味では、最初に述べたように、現代では家族の風景が変わり、この家族を囲む世の中の風景も変わってきている。最近で言えば、世間の不況感が著しく、暗い雰囲気に満ちている。お産にまつわる問題も、こうした時代の影響を被らざるをえない。端的に言えば、終身雇用制と年功序列制が崩れたり、リストラが日常茶飯事になってくれば、将来の費用負担が予想される子育てを敬遠する向きが多くなると思われる。

ここでは紹介しなかったが、マニュアル時代の母親は、普通ではないことが起こったときに、マニュアルがあってもどうしていいかわからず、混乱してしまう傾向がある。子育ては、不断の創意工夫の蓄積が必要である。マニュアル化できない部分が多く、それゆえに意外性に満ちており、感動や楽しみもあるのだろう。

お産にまつわる精神的な問題は、お母さんだけの問題にとどまらず、子どもさんの発達にも影響のあることが指摘されている。そういう意味でも、この問題には充分な関心を持っていただきたい。

[参照]
▼産後うつ病（208頁）

ブックガイド

『マタニティー・ブルー』郷久鉞二編　同朋舎出版

『**母性と精神疾患**』I・F・ブロキントン、R・クマー編　保崎秀夫監訳　島悟ほか訳　学芸社

マインド・コントロール（Mind Control）

他者に寄せる絶対的な信頼

自我の存在理由が希薄であれば、他者の言いなりになる。これがカルト犯罪の本質だ。

高橋紳吾

超越的なものに自己を委ねるとき、心の平穏を願うはずの信仰の世界であっても、しばしば危険なことが起きる。超越的なものとは、日常を超えたメタ論理なので非言語の世界にある。現世との脈絡がないだけでなく、現実世界を否定する宗教信念と結託するためだ。統一協会やオウム真理教で有名になった言葉に**カルト**がある。

この言葉はもともと、チャーチ（教会）、セクト（分派）の下位概念で、本流から見た場合の異端的小集団を指していたため、宗教学者は差別的言語であるとして使わない。しかし先進国には社会に明らかに害をもたらす、組織暴力団とは異なった、宗教を装った特殊集団があるのも事実で、これを一般にカルトと呼んでいる。

一九九六年二月、フランス国会で全党一致で採択されたレポートによる定義では「精神の不安定化を狙った操作により、メンバーから無条件の忠誠、批判精神の低下、一般に受け入れられている社会の価値観（習慣的、科学的、市民的、教育的）との断絶を得ようとする集団であり、個人の自由、健康、民主主義にとって危険をもたらす。この集団は哲学や宗教の仮面をかぶり、その裏に権力、支配力、信者の利用という目的を隠している」団体である。思想・信条の自由が保障されているのが民主国家だが、そのことと、なされる行為は別である。このようなカルト問題がなぜ起こるのか？

それは、たった一つのことに集約される。**マインド・コントロール**だ。

存在の希薄さと「洗脳」

九八年九月、ワイドショー番組でいちばんホットな話題は横綱・貴乃花と、人気バンドだったX―JAPANの元メンバー・TOSHIの「洗脳」疑惑だった。事のはじまりは、スポーツ紙のインタビューに答えて、貴乃花が兄・若乃花を公然と批判し、決別宣言をしたことにある。史上初の兄弟横綱で、これまで兄弟は仲よく互いを支え合ってきたと一般には信じられており、われわれ大衆は、父親である藤島親方を中心とした理想的な家庭像をそこに見ていたはずだった。当初は、単なる兄弟喧嘩だとうわさされていたところに、もっと驚いたことが起きた。親方が「貴は洗脳されている」と発言したのだ。

それから一週間もしないうちに、今度はTOSHIが兄（元マネージャー）を告訴すると言いだして話題になった。金銭的な問題かと記者たちは色めきたったが、兄の話では「TOSHIは洗脳されている」とのこと。洗脳問題専門家（?）と目されている私のところにもメディアが詳細な資料を持ち込んできて意見を求めたが、どちらも狭義の洗脳ではなかった。前者は**感応現象**、後者はマインド・コントロールと呼ばれるものだ。

ちなみに洗脳とは、新中国で旧支配階層や知識層を共産主義化させることで、物理的な拘束を伴っていた。そこでは貧しい食事や短い睡眠によって生理的剥奪状況を作りだし、徹底的に集団の中で自己批判させ、自我防衛の機能を破壊する。そのうえで共産思想を注入するのだ。朝鮮戦争のとき、米軍の捕虜が終戦後、共産化して米国へ帰された。ジャーナリストはこれをブレイン・ウォッシングと呼んだ。ところが元兵士たちは、母国で生活しているうちにいつの間にか共産主義を捨てた。ごく自然に。強制的に思想改造が図られた場合、その効果は長続きしなかったのである。

ところで、感応現象やマインド・コントロールには物理的強制はない。そういう意味では、現代日本社会では狭義の洗脳は存在しない。では、なぜ現代的であるはずの若者が、いともたやすく「洗脳」されてしまうのだろうか？　本来なら自我に備わっているはずの防衛機能の発育不全が想定できる。その極端な例が「透明な存在」ということになるのだが、これは後に触れることにする。

感応とは何か?

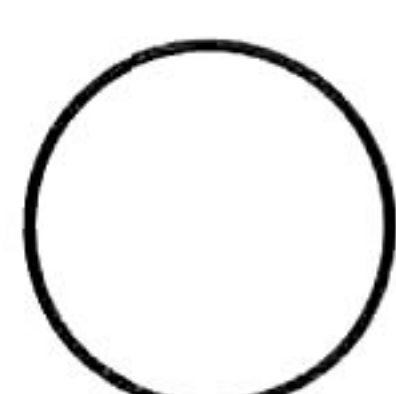
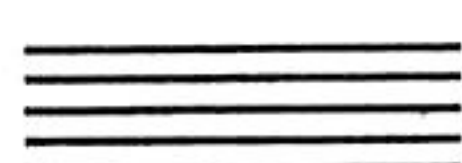
仮にA、Bという二人の親しい関係を想定する。AはBに対して支配的で、BはAに従属的である。それでは単なる支配―従属の関係だ。しかし仮にAが、二人が周囲から不当に迫害されているという被害妄想的信念を持ち、それを絶えずBに説得し続け、BもAとまったく同じ信念を持ったとき、AとBに感応関係が結実したという。ここで、AとBには支配―従属関係を超えた共闘関係が成立する。二人で殻を作るこ

表　感応、マインド・コントロール、洗脳の各属性

	物理的強制	組織性・操作性	個人的関係	経済被害
感　応	－	－	＋＋	－
マインド・コントロール	－	＋	＋	＋＋
洗　脳	＋	＋	－	－

とから、別名、二人での狂気（フォリー・ア・デュー）という呼び名があり、百年以上も前の精神医学上の発見だった。

広辞苑の記述に従えば、Aは教祖的人物、Bは知能の低い者ということになるが、Bを社会常識の学習機会が少なかった者とすれば、今回の貴乃花問題にそのまま当てはまる。Aは弁舌巧みな鍼灸師、Bは若くしてなった史上最年少横綱という構図である。トラブルの端緒はAが「脳内思考」とか「宇宙パワー」などと言いだして、周囲から顰蹙（ひんしゅく）を買ったことに遡るが、幸いAは師と仰ぐ元代議士から説教されて、Bとの関係を治療者―患者関係に限定すると発言し、収束へと向かいそうな気配である。

感応現象への対処の基本はまず二人を分離することだが、これがしばしば厄介となる。たとえとして恋愛関係を挙げよう。深窓の令嬢が、いかがわしい男と恋に落ちたとする。当然、周囲は反対する。だが、二人はロミオとジュリエット状態なのだ。場合によっては逃避行、心中となるかもしれない。引き離そうとすればするほど燃え上がるのだ。信念はいつも情動に裏打ちされている。とくに恋愛感情や宗教心は前論理的なので説得は逆効果だが、普通ロミオのほうが世知に長けているので説得可能なことがある。なお、感応は狭い人間関係において生じる。それが意図的、操作的、組織的に行なわれるのがマインド・コントロールだ。

マインド・コントロールとは?

洗脳のポイントは物理的な拘束だった。マインド・コントロールとは「自分が洗脳されていると気づかないうちに洗脳されていること」という演繹困難な概念から出発しなければならない。マインド・コントロールのターゲット（被説得者）は、自ら拘束状況を作るように誘導されるからだ。そこでは「今のままではダメである」というコンプレックスと「理想的な何かに同一化したい」というモチベーションが利用される。

(a) 勧誘

家族や知人を狙う場合と、路上やキャンパス、さらに印刷物、訪問などで他人を誘う場合がある。どちらも真の目的は告げず、手相占い、心理テスト、アンケート調査などに偽装され、警戒させず関心を持たせる。そこで相手を誉めて選民意識を与える一方、因縁話、性格上の欠点などを持ち出して危機感を煽る。くわしく知りたいという心理状態にさせて近くの支部へ誘導する。

(b) 導入と記憶

ターゲットに関する情報はカウンセリング的手法で収集され、弱点が見抜かれ、「本当の自分探し」などの目的が呈示される。団体のメソッドに従えば、こんなに素晴らしいことが起きる（気持ちが楽になる、能力が身につく、人に好かれる性格になるなど）だけでなく、それによって世界も変わる（争いがなくなる、感謝されるなど）と言われる。そして基礎教学のための印刷物やビデオが廉価で提供される。現世の醜悪さや、人間の穢れなどを素材にし、教義の一部が断片的に埋め込まれたものだ。それだけで理解する者はいないが、理解が目的でなく、記憶に留めるのが狙いなので、その記憶は再認レベルで充分である。

なお、この時期に勧誘者―被勧誘者の強固なきずなが築かれ、団体以外の者との心理的距離が遠くなるよう配慮され、積極的に教義を学習するよう動機づけられる。

(c) 解体と凍結（初期洗脳）

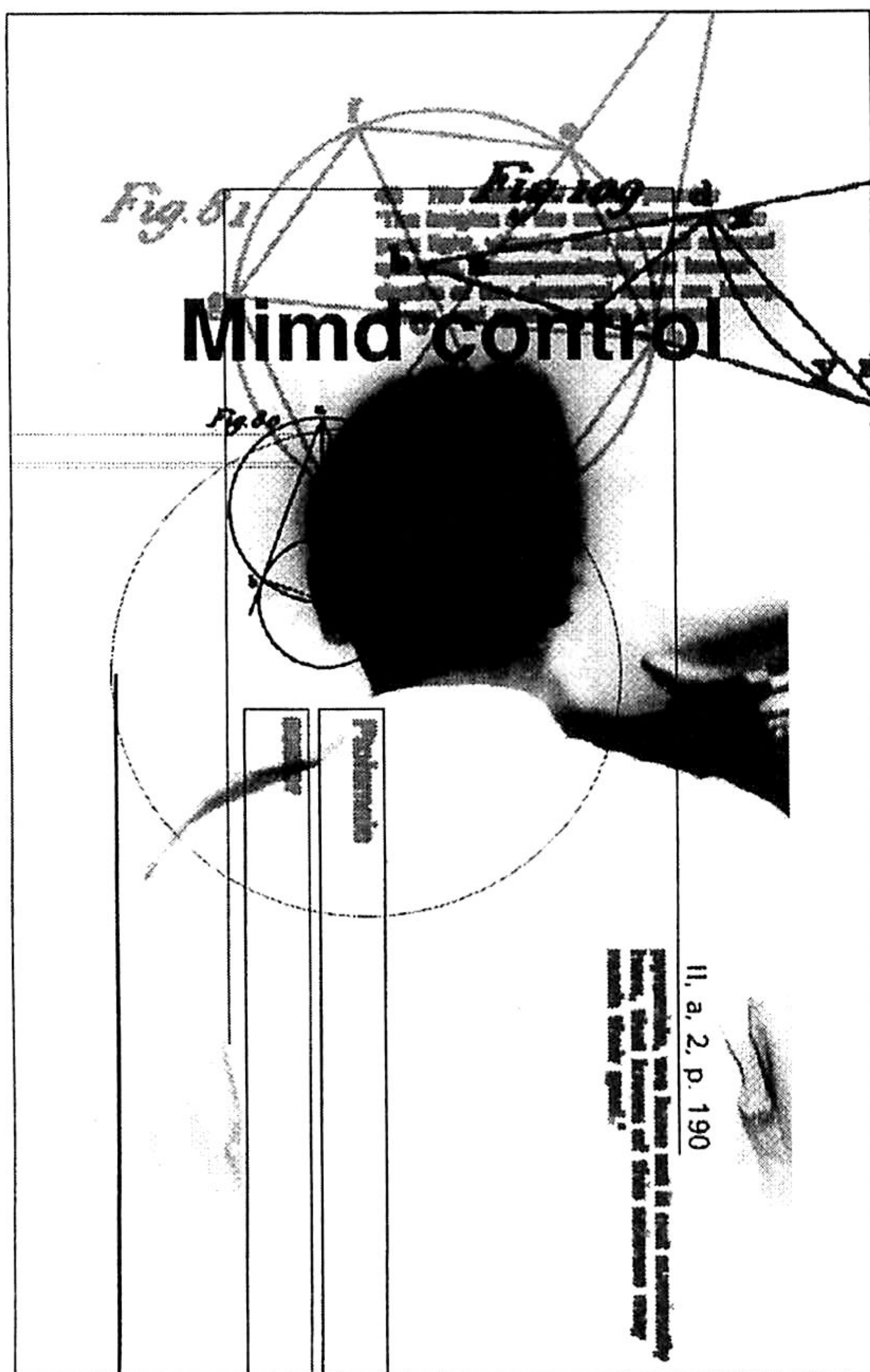
これまで持っていた価値観を全否定し、団体の世界観を身にまとう時期である。合宿の場合が多く、人里離れた、外部と接触のない閉鎖的な場所でのセミナー、研修として行なわれる。

宗教系カルトでは「修行」のため、食事や睡眠を自ら制限し、集団での祈禱や集中講義を受け、しだいに判断能力が低下し、被暗示性が亢進する。とくに睡眠時間の短縮、激しい祈禱などで、離人感や高揚感が出現し、やがて「神秘体験」が始まる。多くは**自我障害**として説明できるが、知覚変容も生じる。カルトによってはサウナを使用したり、薬物を併用して効果を高める。この時期、正常心理なら疑問を持つような教義を、しかも、単純であればあるほど受け入れやすくなり、かつて学習した断片的な記憶が強い感動体験とともに結晶し、自己の再編成がなされる。教団の世界観ですべての「謎」が説明できるという錯覚に陥るのだ。

心理系カルトでは、集団の中ですべての過去を執拗に告白させるとか、解決困難な課題を何時間も考えさせ続け、グループダイナミクスを巧みに操って自我防衛機能を減弱させ、「ビジョン」を注入し、強烈な「気づき」「めざめ」を体験させる。このとき、かなり「ハイ」になっているが、放置すると三週間で冷めてしまう。神経伝達物質のターンオーバーが終了するためなのかもしれないが詳細は不明である。

(d) 維持強化（後期洗脳）

再編された自己を維持させるため、二方向の行動化が義務づけられる。一つは経済活動（布施や霊感商法、高価なセミナーへの参

illustration／安芸良

加）であり、もう一つが勧誘活動だ。高額な布施は自己が信じている対象の価値を高める。霊感商法が成功すれば教祖のおかげと感謝し、不成功だと試練と受け取られる。勧誘において人に教義を説くには、教義に精通し、教義の矛盾点まで盲信しなければならないため、信念がいっそう強化される。それはまた新たな被害者を作り続けるという無限連鎖システムなのである。

攻撃性をめぐる問題

私はいま、東京地裁で行なわれている地下鉄サリン事件の専門家証人として三件の裁判に関与している。ところで自称・原始仏教の信者である彼らが無差別テロという攻撃性を示したのはなぜだろう？

マインド・コントロールだったと言うのは簡単だが、さらにその背景はと問われるとわからなくなる。九七年春の神戸の連続少年殺人事件のA少年を例に引こう。この事件はその怪奇性と同時に、少年が新聞社に送りつけた「挑戦状」が大変話題になった。三千字ほどの文章の中に「存在」という言葉が十二個もあったが、その存在は「透明」だというのだ。存在とは自我もしくは自我機能のことである。それが透明とは、ないに等しいということを意味する。A少年は日記に「バモイドオキ神」への報告を綴っていたが、自己に存在理由を見出せないとき、ヒトは神を発明するという仮説がこの事件でも証明された。

自我の存在理由が希薄であれば、他者の言いなりになる。これがカルト犯罪の本質だ。ところで現代のようなシステム社会では、「私」の「存在理由」はしばしば消滅する。私には価値がない。私はどこから来てどこへ行くのだろう。大人でさえそう思うのだから、少年たちはなおさらだ。ちょっと前に流行った啓蒙的哲学書『ソフィーの

世界』（日本放送出版協会）の冒頭は「あなたは誰？」だった。

さて、存在の希薄さは、当然ながら他者の存在も希薄になるという地と図の関係にあるため、ナイフ少年たちが、突然、キレて、教師を殺害するということも充分うなずける。他者の痛みを感じる自己がないのだから。

日本の多くの少年たちは殻に閉じこもって他者と関わろうとしない。他者と関わると自分が壊れるからだ。軽度の対人恐怖といってよい。これは核家族化と少子化が大きく影響している。でも他者との関わりを避けること、これは一歩間違えると、大変怖いことになる。たまたま出会った説得力ある他者（メディア、教師、政治家、教祖など）には完全に心酔するという極端な性癖を持っている。やはり孤独は嫌なのである。

○脳科学との関連や予防など

以上のような心的現象と脳科学のハード面は、いまのところほとんど接点はない。あるとすれば情報工学との関連、すなわちソフト面である。最先端工学は言語と思考を扱う。洗脳を解くことを、かつてDe-programmingと呼んだ時期があった。メンバーがプログラムどおりの言動だけをするからだった。たしかに一部は的を射ている。というのも、そのプログラムの最強のコマンドは「そのプログラムを批判しない」ということだからだ。

オウム真理教の奇妙なヘッドギアは「データの入れ替え」をするためだった。多くのカルトでは「我執をとる」とか、ひどいものになると「頭をとる」というものまである。その状態になれば、メンバーはたしかに自分の頭で考える必要がないため、迷う「つらさ」からは楽になり、これまでの人格では考えもしなかった行動を取ってしまい、これまでとは違う能力が身についたと思う。認知心理学ではこういう状態を「ビリーフシステムの入れ替え」、「スキーマの変換」というが、さてその「治療」の方法はあるのだろうか？

簡単に言えば、プログラムを逆に丹念に辿っていくわけだが、遠い過去に個人の中に書き込まれたデータとの混同が起きているため、賢明な家族の協力なしには不可能だし、途方もない作業である。だからこそ、カルトへの予防と啓蒙こそが現代社会においては不可欠なのだ。「日本脱カルト研究会」ではそのためのワクチン・ビデオを制作している。キャスターは無料奉仕してくれたデーブ・スペクター氏。子どもにもわかる内容なのでぜひ利用してほしい。

（事務局：FAX０４６２—６３—０３７５）

ブックガイド

『「信じるこころ」の科学——マインド・コントロールとビリーフ・システムの社会心理学』
西田公昭　サイエンス社

『洗脳の心理学』
高橋紳吾　ごま書房

ストーカー(Stalker)

愛されているという妄想

個人のプライバシーが保持しがたい情報化社会だからこそ、ストーキングという密かな忍び寄りへの不安がかき立てられている。

影山任佐

「ストーカー」、「ストーキング」という言葉が最近マスコミやジャーナリズムの世界を賑わしている。リンデン・グロスの著書『ストーカー』なども邦訳出版されて以降、わが国においてもベストセラーとなり、新聞、雑誌は特集を組み、テレビは報道番組やワイドショー番組で取り上げ、テレビドラマでも一昨年(一九九七年)以降、ストーカーを題材とした番組が放映され話題となった。また福島の女子大生殺人事件、四国の教育学部教授に対する教え子の女子大生からの告訴事件などがわが国におけるストーカー犯罪として、九六年後半からにわかにマスコミなどで報道され始めている。

しかし、ストーカーをめぐるいくつかの用語についての定義や概念、分類など基本的認識が曖昧なままに、米国由来のニュース性に富む新奇な現象としてもてはやされているとの印象を抱くのは筆者ひとりではないだろう。

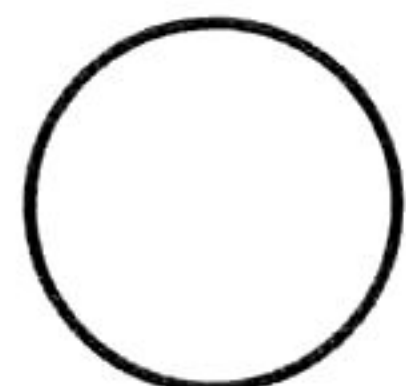
わが国においては、この分野の専攻論文どころか、展望的論文さえ皆無に近い。一方、本場米国においてもいまだ本格的な研究論文は数少ないといわれている。

ストーカー、ストーキングとは?

英語の「ストーク」(stalk)に由来することらの用語はさまざまな意味があり、細菌学や病理学ではストーキングといえばウイルスなど病原菌の蔓延などを指している。

しかしここで問題とされるストーキングは「忍び寄り」、「ひそかな追跡」を意味する

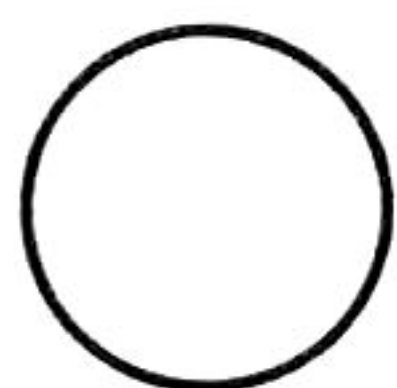
ものであり、ストーカーとはストーキングする者を指す言葉である。自宅や職場、大学などへのストーキング対象への無言電話、愛の告白や動静をすべて監視して、すっかり知っていることを示す匿名の手紙の送付、置き手紙、追跡から脅迫、強要から、漸次その言動はエスカレートし、殺害に至ることもある。ストーキングは従来の法律では犯罪として立件しにくい場合が多く、米国では一九九〇年頃よりほとんどの州で「ストーキング防止法」が制定されている。

多くの州法では、ストーキングは基本的には「意図的で悪意があり、反復される他人へのつきまといと嫌がらせ」と定義されている。

ストーキングの動機 愛と憎悪、「対象」と「被害者」

ストーキングは「愛の病理」ともいわれるが、その動機は多種多様であり、複合的である。むしろ、結婚や性目的というよりも、個人的攻撃が問題とする立場の者もいるくらいである。たとえばプロテニスの女王グラフの熱狂的ファンがグラフのライバル、モニカ・セレッシュをストーキングした末、グラフの邪魔者を除外するために、このライバルを襲い負傷させている。

またストーカーの一群を形成する妄想型でも、被害妄想のため最初から加害者を復讐、あるいは過剰防衛から妄想上の迫害者をつけ狙う者もいる。連続殺人や快楽殺人では、典型的には空想段階から現実の対象が絞られ、相手物色のストーキングの段階が現われ、最初から殺人対象として設定されている。とはいえ、これら一部では愛から憎しみという段階あるいは、時期の問題ともいえるだろう。

一方、相手から「愛されている」という妄想を抱く、熱情妄想病の一型である**エロトマニー**（被愛妄想）では、後述するようにこれを記載した**G・G・ド・クレランボー**（一八七二～一九三四年、フランスの精神医学者）の言うように、病気が進めば、希望の段階から憤怒、怨恨の時期に至るのである。しかもこの場合、攻撃される被害者は、愛を阻害している邪魔者とか、嫉妬の相手とされるエロトマニアの想対象の周囲にいる者であることが多い。古典的ケースとして有名なド・クレランボーに先んじて、エロトマニアの用語を造語した**J・E・D・エスキロール**（十九世紀フランスの精神医学者）の男性患者も相手の女優の夫が二人の邪魔をしているとして脅迫している。

これは、エロトマニアのストーカーのみならず、後述するほかの型のストーカーでも同じ傾向が生じている。わが国の最近の事件でも、相手の親兄弟が殺害される事件が相次いで発生している。犯罪学や被害者学的見地からは、エロトマニアやストーキングの犯罪では当の相手、対象と被害者とを分けておくことが必要であり、両者は必ずしも重なり合わないのである。

ストーカーとその対象について

ストーキングは相手への病的な執着であ

り、相手に対する心身的苦痛を伴う具体的行為なり、行動として出現するものである。この行為特有の執着的反復、長期持続的傾向、相手の明確な拒絶や拒否を無視したかのような一方的行為、相手の苦痛を感じないかのような対応などから、ストーカーにはなんらかの精神障害が疑われたり、実際にそれが存在していることが多い。

ただし、ストーキングが一部の精神障害者の希有な例というのではなく、現代の、とくに若者世代における心理や行動を特徴づける恋愛パターンとしてあるように思えることが、ストーキングがわが国でも強い関心を呼んでいる理由の一つとなっているように思われる。

精神医学的にもストーカーは、妄想的な精神病者から**人格障害**程度を経て、ほとんど精神障害のない者までの幅がある。青年から中年の男性に多いが、女性ストーカーも少なくない。ストーカーの分類は後述するので、ここではストーカーの精神病理の中核となるエロトマニアについて考察してみたい。

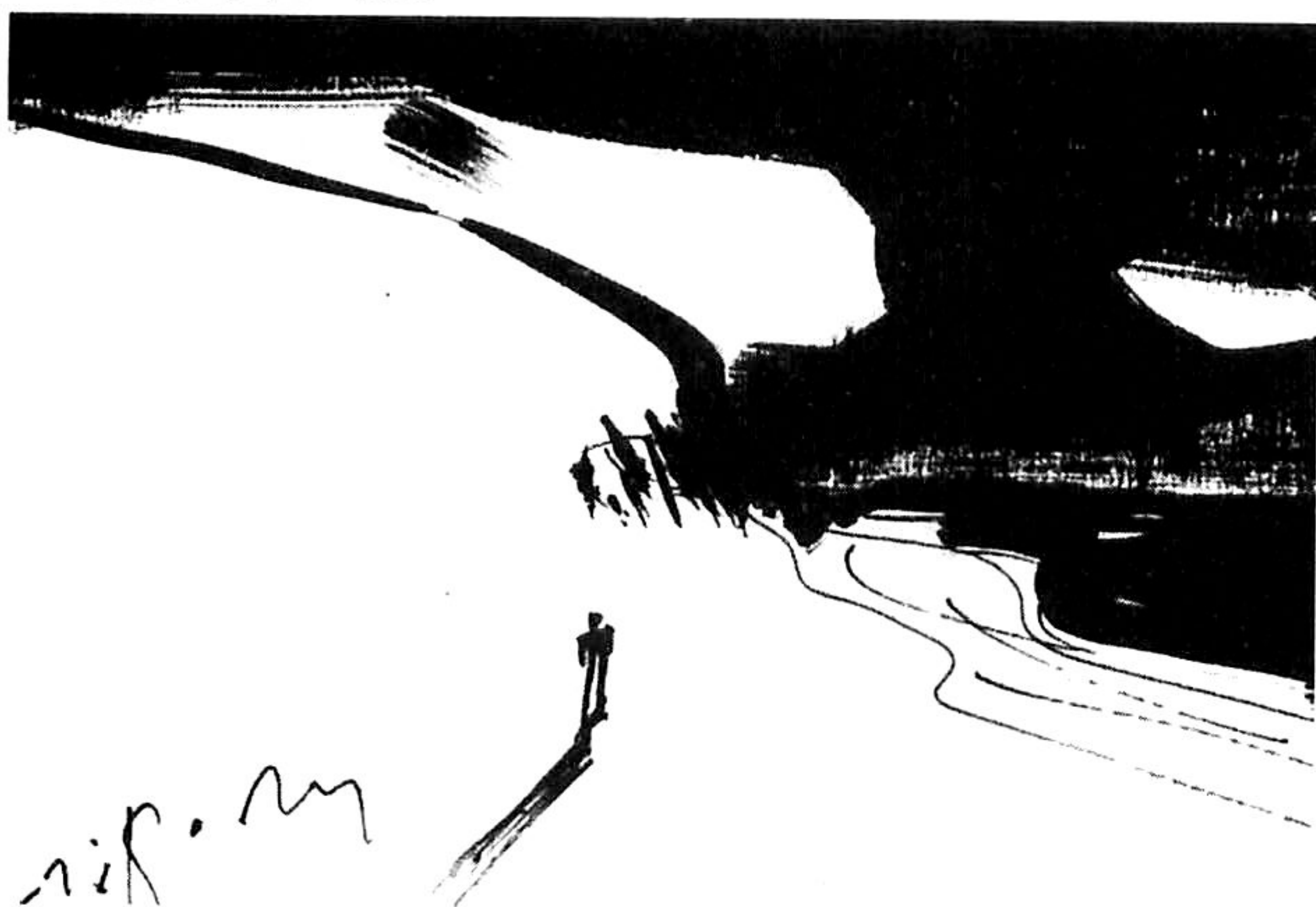
妄想型エロトマニア

まずエロトマニーについて若干の歴史的、文献的紹介をしてみたい。

エロトマニーはド・クレランボー症候群とも称せられるように、フランスの精神医学者ド・クレランボーによって一九二〇、二一、四二年の文献に記載され、フランス学派でいうところの慢性妄想病群のなかの一群である熱情妄想病、ないし精神病（復権、嫉妬、被愛）の一つとして彼によって確立された。これは自分が異性の相手を愛するのではなく、相手から愛されている、しかも相手が愛しているのは患者のみで、しかも最愛の人であるという妄想を主症状とする慢性精神病である。オールド・メイズ・インサニティと名づけた精神科医がいるくらい、女性でしかも未婚の中年に多く、対象は地位や身分の高い者が選ばれやすいとされてきた。ド・クレランボーの古典的ケースでも圧倒的に女性が多い。また経過の過程では、被害妄想や復権妄想へ移行したり、これらを合併することがあり、その純型はパラノイアの一つとされ、人格崩壊を伴わない慢性に経過する妄想病であるが、**精神分裂病**の一症状、妄想主題としてなど、ほかの精神病、妄想主題に合併して出現する場合もある。

最近では英米圏の文献にも散見されるようになり、周知のようにDSM‐Ⅲ‐R以降、妄想性（偏執性）障害のなかの色情型として分類され、ポピュラーなものとなった。エロトマニーや恋愛を主題とする妄想のテーマ選択の頻度が社会や文化、時代と変化するものなのかどうかは意見が分かれているし、これを決定するだけの実証的研究は乏しいように思われる。

エロトマニーはわが国では恋愛妄想、色情妄想、被愛妄想などの訳語が当てられたり、エロトマニー、エロトマニアと片仮名で表記されるなど、その表記は一定しない。前述したようにその攻撃性は愛の阻害や、

illustration／サイコ・オカダ

嫉妬の対象とされた第三者や周囲者に向けられやすく、彼らが暴力的被害者になることが多い。

これまでの臨床を通じても実感できることだが、男性のエロトマニア患者が最近わが国でも増えている印象があり、注目される現象である。エロトマニアでは奇妙なことに普通の恋愛と異なり、患者と対象はむしろ物理的に一定の距離が絶えず確保されている。直接の接近は患者によって回避されているのが特徴である。この限りでは、古典的な女性患者の純型エロトマニアが妄想対象に物理的に接近するということは希有であると思う。

エロトマニアとは人知れず患者の心で育まれる秘密の花園、プラトニックで禁欲的なロマン的世界であった。しかし米国のみならずオーストラリアの報告でも、とくに男性エロトマニア患者による対象への執拗な異常接近が目立ち、ストーキングとして報告が相次いでいる。オーストラリアでは十四名の恋愛を主題とする妄想患者（妄想性障害五名［うち女性二名、男性三名］、男性の分裂症七名、女性の躁うつ病一名、男性のアルコール依存で器質性精神病一名）の司法鑑定例が報告されている。相手の自宅近辺の徘徊、接近、電話、手紙の送付などの患者の行動をあげているが、嫉妬や相手からの拒絶に対する怒りなどを動機として、相手を脅迫した者は五例、暴行に及んだ者五例、性的攻撃に至った者七例であった。対象も学生などが含まれており、古典的ケースのように必ずしも社会的地位が高いものでもない。

エロトマニアのこのような行動と心理の変化は性別、時代と文化、合併するほかの症状の存在（被害や嫉妬妄想の混在など）などの要因が影響しているものなのかどうか、今後の重要な検討課題であろう（なおゴールドスタインはひとりの女性と三件の重大な暴力事件を起こしたエロトマニア患者を報告し、男性エロトマニアの暴力的傾向を強調している。ド・クレランボーのケースでも五例中一例が男性患者で、この患者が相手に暴行し、殺害の脅迫を行なっている）。

境界型エロトマニア

このような妄想型のストーカー以外に、最近米国で増えつつあるといわれているもう一つ別の型の精神障害類型、人格障害が

注目されている。これが境界型エロトマニアである。これを記載したメロイは一九八九年に、古典的なエロトマニアを妄想型エロトマニアと境界型エロトマニアとに二分した。後者は「愛の対象を一方的に追い求め暴力的傾向が強いという点に現れる極端な執着（アタッチメント）という障害」であり、この症候群の非妄想型であると規定されている。

　この代表例が境界型エロトマニアという着想の発端となった、当時のレーガン大統領暗殺未遂犯で、女優ジョディー・フォスターのストーカーであったヒンクリーJr.であり、彼にはジョディーから愛されているというエロトマニアの妄想の出発点となる確信が欠如しており、裁判でもこの点が論争となった。妄想型と境界型エロトマニア両者の違いの中心は現実的な対象との関係であり、妄想型では対象とは実際の関係がまったくないか、あっても些細な一時的なものにすぎないが、この非妄想型では、典型的には程度の差はあれ、患者と対象との間には過去において実際の感情的関与があったという点である。さらにこれは基本的には人格は境界型の水準において保持され、現実吟味の障害はなく、愛の対象からの拒絶によって極端な恐怖と怒りとが引き起こされる。またこれは**自己愛型**、**演技型**、**反社会型**、パラノイド（類妄想）型の亜型に分類されている。

▼ケース　思い込みの激しい手紙

　女子学生二人が同時に相談したことが契機となって、相手の男子学生のエロトマニアの存在が判明した。この女子学生のひとりはエロトマニアの対象であり、もうひとりはこの愛を邪魔しているとして被害妄想の対象とされていた。

　治療はかなり特殊な経過をたどった。患者の学生は妄想対象の女子学生と同級生であるが、個人的な交際はまったくなく、ほとんど話を交わしたことがなかったが、両名とも二十歳時に、突然の手紙や電話による一方的な思い込みの激しい内容の接触が開始された。

　患者である男子学生は筆者のもとには受診せず、その学生との直接面接はなされていない。このため治療はおろか、診断確定のうえで困難があった。しかし、幾度も女子学生が交際を断わっても、「頭では両思いと判っている」とか「あなたが取ってきた行動は男を振る行動以外のなにものでもありません。たとえあなたが愛情表現と勘違いしていてもです」、「電話なんかしないでよと言っておきながら、思わせぶりな態度を取る」といった、この女子学生への患者からの一方的な決めつけ、拒否も愛情表現と決めつけている手紙や言動からエロトマニアの存在を疑い、周囲の者を通じてこの男子学生に対し受診を再三勧めてもらった。だが本人は姿を現わさず、女子学生から何度も拒否されるごとになされる手紙や

電話の内容が、脅迫的なものへと変化し、「こちらを見ないでくれ、邪魔です、目障りです、視界から消えてください」などの手紙が送られてきた。

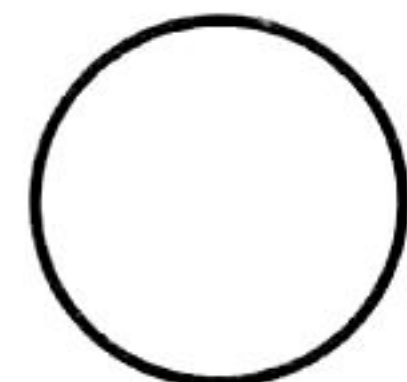
ケースそのものは、唯一対象とされた女子学生など周囲の関係者との接触しか得られなかったという特殊な状況であったため、診断や治療に限界があり、患者の精神病理学的な考察は極力制限せざるをえなかった。

ストーキング対象も、まったく未知の者を相手にする者から顔見知りを相手にする者、有名人を相手にする者まである。米国でもっとも多いといわれる顔見知り相手の犯罪でも、配偶者や愛人から職場の人間、近隣者、入院した病院の看護婦などその近しさはさまざまである。対象は女性が多いが、男性が被害者となることも少なくない。

筆者が相談を受けたケースでは、入院先の患者に数年間追いかけ回され、都内職場を不本意ながら辞職し、田舎の実家へ戻った若い未婚の女性がいる。

筆者自身は、今までの相談や治療ケースを通じてストーカーの精神医学的な疾病論的分類と、動機やストーカーおよびその対象からの類型的ストーキングの分類を次のように行なっている。参考までにあげておく（表1、2）。

表1 ストーカーの精神医学的分類（影山）

1	人格障害型（境界型エロトマニアなど）
2	妄想型（パラノイア、分裂症などの内因性精神病）
	a. エロトマニア（純粋型、合併型）
	b. 嫉妬妄想
	c. 被害妄想
	d. 混合型（上記分類の混在したもの）
3	その他（成人自閉症など）

ストーカーの時代的、文化的背景

ストーカーがこのように、にわかにわが国などで脚光を浴びるようになったのはなぜだろうか。セクハラと同じで、米国でのハイカラな用語が旧来の現象に新しい光を当てたにすぎないといえなくもない。しかし、それだけでは済まされない問題が潜んでいると思う。以下、この問題を少し考えてみたい。

いじめ問題やセクハラでもそうだが、物質的飽和の時代にあって、衣食住の不安から解放され、人生の質が求められ、人権意識の高揚とともに些細と思われていたことにも実は重大な苦痛があったことへの視点の転換が起きている。窃盗などの些細な物質的被害よりも、持続的な精神的苦痛が生活上重大であることは論を待たないであろう。この限りでは、ストーキングとは重大な犯罪であるのだが、法律上の不備や盲点と、精神的苦痛という客観的にも証明しがたく、また同じ原因でも個人により受け取り方にも差がある、という問題がある。

またシングルライフが謳歌され、独身貴族などともてはやされ、結婚しない女性、晩婚の女性や若者が増え、都会生活での潜在的不安がストーキングに関心を呼ぶ要因になっていることは否めない。さらには情

表2　ストーキングの類型的分類（影山）

		ストーカー	対象	その他
1	古典型	エロトマニアなどの妄想患者	古くは社会的地位の高い者 妄想の続く限り同一対象に固着	
2	現代型	人格障害 未婚者の青年 孤立、孤独 恋愛経験なし 知能というハードは優秀だが、恋愛対人関係などの「生活ソフト欠乏症」、オタッキー	懇意でない者 女性	ゲーム感覚 支配管理 自己同一性障害
3	未練執着型	人格障害から正常まで 嫉妬、独占欲が強い 青壮年	元恋人、妻など	自己の存在確認
4	誇大・自信過剰型	ワンマンな中年男性 活動的で仕事はできる 恋愛経験豊富で、女性にもてるとの思いこみが激しい	職場の部下など 相手は変化しやすい	執拗ではあるが短期間
5	ファン型	グルーピー エロトマニア（妄想型）	スターや有名人	

報化社会、マルチ・メディア社会のなかで、個人のプライバシーが保持しがたい事実や、この不安がストーキングという密かな忍び寄りへの不安をかき立てているように思える。携帯電話の盗聴にせよ、インターネットにせよ、個人への接近と個人情報の知らない間の収集、漏洩は現代文明の落とし穴である。知らない会社から日々大量に執拗に送られてくるダイレクトメールは企業ぐるみのストーカーといっても過言ではない。

一方、ストーキング現代型に見られる特徴は、現代青年一般の心理と行動の戯画化された姿という見方もできる。すでに筆者らが指摘したように、現代青年の直接的な暴力的攻撃性は低下し、形態変換を遂げ、陰湿なものとなっている。ストーキングは愛の病理というよりもこの攻撃性の現われという見方もできる。ヴァーチャル・リアリティ時代の青年はゲームと事実との区別がつけにくく、ゲーム感覚で追跡、支配を楽しんでいるともいえよう。執拗さの程度は異なるにせよ、ストーキングは現代若者一般の恋愛を含めた対人接触の行動様式のモデルであるといったらいい過ぎであろうか。頭脳というハードは優秀でも、受験戦争を生き抜いてきたヴァーチャル・リアリティ時代の若者には生活のさまざまな直接的経験が不足し、いわば「生活ソフト欠乏症」ともいうべき事態が生じていると筆者は痛感している。直接、生身の女性との交際の術を知らない青年が増大している。

対策について触れるべきであるが、ごく簡単に触れることにしたい。成書や文献、少数ながら私の診たケースを通じても特効

薬的な対策はないといえよう。
基本的にはストーカーの精神障害に合わせた薬物と精神療法がなされるのが、根治的である。ストーカーと対象との時宜を得た適切な分離も不可欠である。
紹介したケースは、薬物療法とそれぞれ別途の大学院へ進学することで、現在まで五年以上無事に経過している。ただし、ストーカー自身が相談や治療に自発的に訪れるのは私の診たケースを通じて希有なものであることに、この問題の難しさがある。また人格障害は治療も困難で、長期にわたる例が多い。
さしあたって重要なのは、日本におけるこの種の被害の実態把握とケース収集、その分析であることに誰しも異存はないであろう。このためにも被害者（加害者もだが）の相談と心のケアのための精神科医師、心理士、法律家などから構成されるセンターの設置と充実がぜひ必要である。被害者同士の自助的グループの形成と前述したセンターとの連携も不可欠であろう。

自己防衛には自ずから限界があろう。そのうえでストーキングは犯罪であるとの認識をキャンペーンし、場合によっては法律上の整備も必要であろう。
米国においては四十八州においてストーキング防止法が制定されている。ただし、この犯罪構成要件とされているストーキングによる「身に迫る危険を感じさせるほどの脅迫の存在」の拡大解釈による人権侵害、憲法違反との異論も審議時には出されている。また、ストーカー防止法を制定したからといってストーキングが終息するものでもない。ただし、恐怖や不安を抱えるストーカー被害者にとって、ストーカーが拘留されている間だけは平和であるという事態もあろう。
また、一九八八年に米国で起きたローラ・ブラック事件――三十九歳のコンピュータ技師が数年間に及ぶ元会社同僚ローラへのストーキングの末にクビになった会社へ乱入し、銃乱射によって七人を殺害、ローラは重傷を負い、後遺症を残した――が示すように、銃砲と反社会的人格障害を合併しやすい薬物中毒が症状を悪化させ、被害を高める要因になっている。ストーカーにおいても暴力犯罪抑止対策として、銃砲規制と薬物対策がわが国においてもきわめて重要である。
精神科医として気になるのが、マスコミなどによって煽られ、針小棒大的になり、ストーカー・ノイローゼとなり、過敏に反応しすぎることである。事実、この種の相談も少なくない。恋愛不毛といわれる時代にあって、気弱な、恋愛に不慣れな青年のおずおずとした接近を、若い女性は間違ってもストーカーなどと思い違いしないように。

［参照］
▼精神分裂病（178頁）、自己愛型人格障害（24頁）、演技型人格障害（18頁）、反社会型人格障害（36頁）

ブックガイド

「ストーカー」『こころの科学』一九九七年、七二号
影山任佐　日本評論社

コラム⑬▼歴史にみるケース【4】

シュレーバー(Schreber)

成田 毅

ダニエル・パウル・シュレーバー（一八四二～一九一一年）は、医師の子としてドイツのライプツィヒに生まれている。法学博士でもあり、州の裁判長も務めていた。

四十二歳のときに、帝国議会議員選挙に落選したことを期に、心気症状に陥っている。だが、このときは六カ月で全快している。ところが、九年後に、ドレスデンの控訴院議長に就任すると、やがて不眠、女性化願望、心気妄想、内なる声というかたちをとった幻聴、幻視、世界が没落してしまうという強い考え、そして九年前に自分を全快にしてくれた医師フレヒジッヒ博士が何かよからぬことを企んでいるという被害妄想など、多彩な症状が現われだした。

再度、博士のもとを訪れるが状態は芳しくなく、翌年転院する。だが、被害妄想は続いていたという。やがて、この被害妄想は宗教的な誇大妄想へと変化していく。「私は超越的な力、つまり神と結びついた世界の救済者である。そして世界を救済するためには、私は女性にならなければならない」というものだった。これとともに、状態は平穏に向かっていき、妄想は続いていたものの退院している。

彼自身、この体験を以前から書いており、一九〇三年に『ある神経病患者の回想録』として出版した。フロイトはこの本を読み、「自伝的に記述されたパラノイアの一症例に関する精神分析学的考察」（一九一一年）で分析を施している。

フロイトが注目したのは、シュレーバーの女性化願望（同性愛傾向）だった。そしてここから迫害妄想のメカニズムを解明しようとしたのだ。『回想録』から読み取ったことは、厳しい父親へのコンプレックスだという。これが反抗心の抑圧、そして女性になって父に愛されるという幻想へと向かい、これによって父親との葛藤を解消しようとした。シュレーバーは、父と主治医フレヒジッヒ博士とを同一視していたという。そして、女性になって性交したいという思いと、男としての自分を保ちたいということの間で起こった葛藤から、同性愛の願望を抑圧し、フレヒジッヒに寄せていた愛を憎悪に変え、迫害妄想にいたったのだ。やがて宗教的な誇大妄想へと移っていくのだが、「私は世界の救済者」ということから、同性愛の対象がフレヒジッヒから神へと変化したものであると指摘している。

それまで不可能とされてきた、精神病への精神分析的なアプローチとして、現在でも読みつがれているケースである。

illustration／工藤六助

エピローグ

「こころの病」とつきあう方法

「みんなの精神科」特別講座

私たちの〝こころ〟はどこへ行こうとしているのか

「曖昧さをこなす」ことの大切さへ向けて

きたやまおさむ
聞き手・成田 毅　構成・高橋繁行

あれか・これかの二分割の思考の間には広範で豊かな境界領域がある。この領域で、割り切れないものをしばらく「置いておく」こと。これが、疲弊しきった現代人には必要なのだ。

きたやまおさむ
一九四六年、淡路島生まれ。京都府立医科大学卒業。在学中に〝フォーク・クルセダーズ〟を結成、「帰って来たヨッパライ」でマスコミにデビューする。現在、九州大学教育学部教授。著書に『心の消化と排出』（創元社）、『みんなの精神科』（講談社）などがある。

さて、最後に全体のまとめとして、精神分析医のきたやまおさむさんに語ってもらうことにしよう。

十五年来、きたやまさんは、身体の医者にかかるときと同じ気軽さで「精神科に行ってみよう」と提唱している。もちろん、精神医療を大衆化しすぎるのは、病気でない人をも病気にしてしまう危険性を孕んでいることを示唆しながら、あえてその理由としてこう語っている。「一度は『精神科の時代』になって猫も杓子も精神科に行ってみたいと思うような状況がくればいい。それは、この世に患者が居場所を得るための方法といえるのです」

人間はだれしも数パーセント、精神病的な部分をもっているといわれる。片やその一方で、異常と正常という二分法的な区分けを私たちはしてきた。きたやまさんの提唱は、そうした二律背反する「異常心理」の問題を統合するヒントを含んでいると思われる。

その点を踏まえながら、心の病とはそもそも何か？　治療とはどういうことなのか？　現代の精神医学はどう役立つのか？　現代人の「こころ」はどこへ行こうとしているのか？を考えてみたい。「それぞれの精神分析医は語りかける相手に、固有の、有効なレトリックをもっている」と言うきたやまさんは、氏自身の固有のレトリックを通じ、普遍的なこころのありかを語ってくれた。

心の病とはそもそも何か？

精神科へ行こう

——最初の質問は、健康とそうでない状態を分けるものは何か？ということです。古典的に言えば、心の病というのは精神病、神経症（ノイローゼ）、そして健康というふうに明確に区分けできるとされてきました。たとえば、精神病は夢と現実、つまり内界と外界の違いがはっきりしないが、神経

症と健康の人はそうした内と外の区別ができる点で大まかな違いは指摘できます。しかし、そもそもそういう線引きだけで現代は通用するのか？　分けることができるとすれば、その境とはいったい何なのでしょう？

たしかに我々も教科書的には精神病について学んできましたが、どこからどこまでが異常かなどは、簡単にはわからないということを説明するうえで、大事なことをまず話したいと思います。

心というものは見えないものです。また心を表わす言葉もそれほど豊富ではありません。心のほうも「私をこう呼んでください」と言ってはくれませんし、レントゲン写真や検査数値で心のこの部分がこういう構造だから異常なんですというふうには、なかなか説明しにくい。心については、なんらかの比喩を使って説明してあげないと、かたちになってくれないわけです。

もう一つ大事なことは「心の病」とはいいますが、同時に身体レベルでの異常を伴っていることも無視できません。心の病気が実は脳の病気だったということもありますし、風邪をひいて気分が悪くなることもあります。最近の研究では、頭の中のホルモンバランスの異常で、うつ病が発生しやすいということも言われています。それと、偏見を伴う問題ですが、遺伝の問題も無視できません。

つまり、ひと口に心の病といいますが、身体病を取り扱う医者とともに、心と身体という全体の中で位置づけられるべきですし、みなさんにもそのように身体とともに心を考えていただきたい。その点、西洋医学の伝統のなかで、心の病が精神医学として医学の一分野と位置づけられていることは、とても良いことだと思っています。なぜなら、大学病院の精神科で扱っていることに身体的な問題が生じたら、隣にいるたとえば内科の医者と連携して治療ができます。心のプロセスは、身体のプロセスと並行し、かつ不可分であるということなのです。

多くの身体表現が、心のことを表わしてくれていることは、日本語の国語表現のなかにもたくさん見られます。たとえば、「喉がつかえる」とか「虫ずが走る」というのは、心だけでなく、本当

に身体レベルでの痛みや気持ち悪さを伴っていると思うのです。最初に言ったように、心は明確に言葉で語ってくれません。だから私たちは、身体表現を表わす言葉を比喩的に借用しているという部分があると言えますね。

——それを裏返して言うと、身体的な比喩を使うことによって、心の病の各層がよりくっきりと見えてくるというわけですね。

身体的な比喩を使うメリットを生かして、もう一つ大事な話をしましょう。一般に精神的な病というと、心のガンのような重症例や、肺炎など、患えば即入院というような重病を想定しやすいんです。日本の精神科医自身にも、そうした精神病を診ることを本職とする風潮があります。でも、心の病にも、ちょっとした風邪ひきや腹痛、治療に長くかかる気管支炎に相当するものなどが幅広くあるにもかかわらず、病気として認められていない部分がありますね。僕は、こうした広範囲の心の風邪・腹痛も、もっと精神科医が取り組むべきだと思うのです。

——それが、きたやまさんが「精神科へ行こう」と提唱される理由ですね。

ええ。そして、心の風邪のレベルで心の病をもった人になると、もはや健康かそうでないかというはっきりした線引きなどはできないんです。それは、風邪をひいたとき医者に行くか、売薬で済ませるかを決めるのは、その人の性格であるとか、どれぐらい忙しいかによるといった問題ですから。

しかし、このレベルの心の病をもった人も、実は千差万別です。なかには、医者に行かなければ取り返しがつかないですよと言いたくなる人もいるだろうし、病院には行かないが持病としての心の病をもった人もいるだろうし、終生抱えていなくてはいけない慢性の心の病をもった人もいるのです。

つまり、こう考えてほしいのです。たしかに、心の病には「精神病—神経症—健康」という三段階の構図はあります。けれども、その間には、広大な「移行の領域」がある、ということです。あるいは広大で、曖昧な領域を孕んだうえでの、正常と異常があるんだということなのです。

「精神病―神経症―健康」という移行領域

――心の病における、広大な「移行領域」についても、もう少し突っ込んでお聞きします。その領域のなかで、症状の重い、軽いというのはあるのですか？

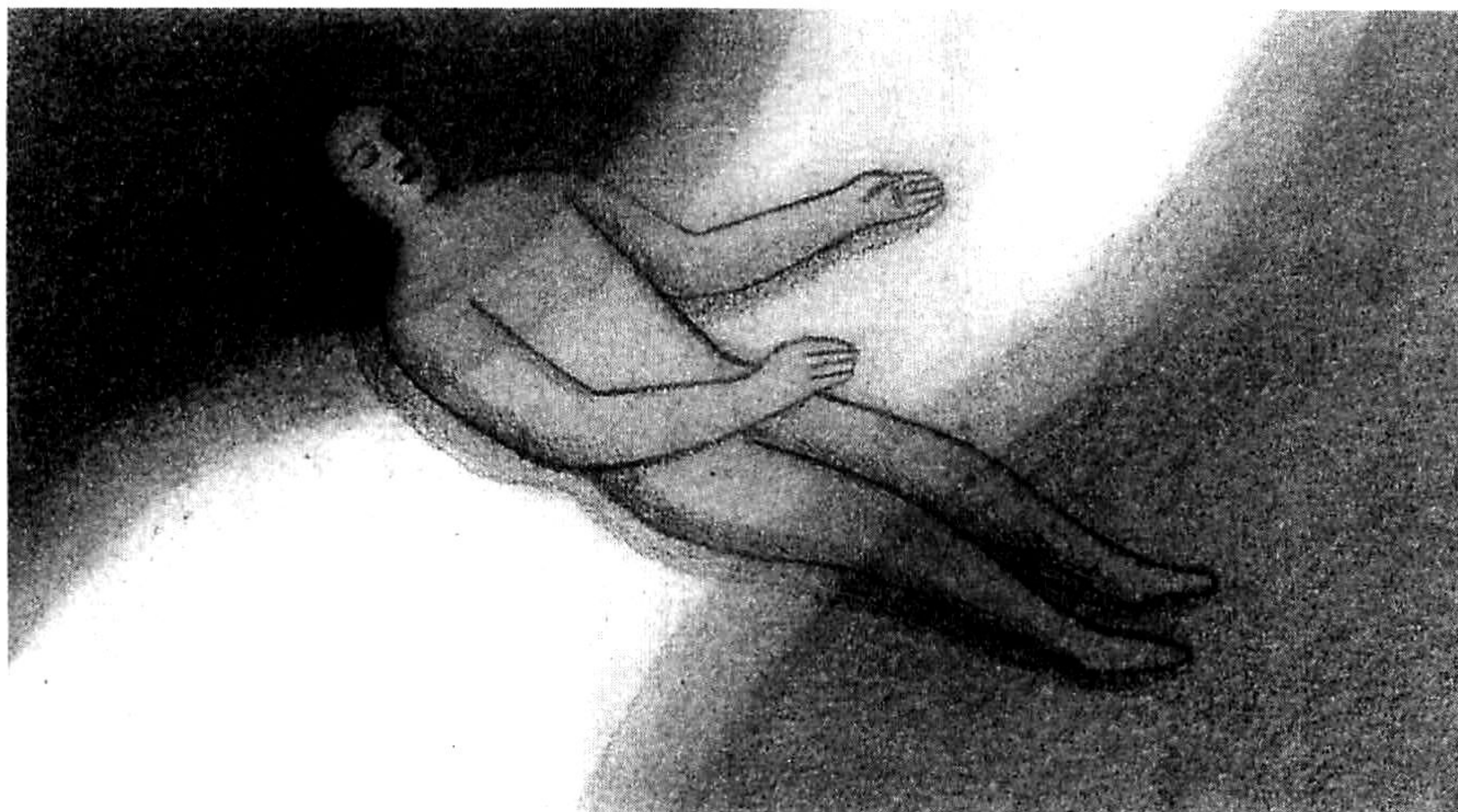
精神病と神経症水準の間の領域として、ボーダーラインパーソナリティー障害とか、自己愛パーソナリティー障害と呼ばれるものも含めた、膨大な境界水準の移行領域があるということですね。

ただし、この移行領域というのは構造的にも、はっきりとあるわけではないのです。むしろ、漠然と――ある意味で、ものすごく豊かにあると考えたほうがいいでしょう。また、精神病の人も、薬物療法と心理的援助によって回復し社会復帰できたりするわけですから、この領域への行き来が可能ということもできます。移行領域といっても、ちょっとした病気からかなり重い病気まであり、場合によっては天才の創造性にまで寄与する、ということも含んでいます。

現代のように、自分の人格を大きく分裂させてその場に適応させている部分と、非常にパーソナルな部分との乖離を起こさざるをえない時代には、だれしも多かれ少なかれ、移行領域へのボーダーラインを軽く踏み越えたり、時には軽く治癒しているといった毎日を送っている、そういう言い方もできるかもしれません。それぐらい流動的で、はっきりしない領域なのです。

――心の病をもった人の数というのは、精神科の扉を叩いた人の数でしか測れない以上、この移行領域で病をもった人の数は、私たちの想像以上に多いだろうということですね。

ええ、秘めたる病気をもった人や、病を自覚していない人も含めると、相当の数になると思いますね。でも別の言い方をすると、医療が対象にするから病気は増えるという、いたちごっこの部分があるでしょう。だから、心の病が最近増えてきましたなどと警鐘を鳴らす人もいますが、僕ははっきり言ってしまえば、百年前とくらべてもあまり変わらないのではないかと思います。それは、近頃の子どもは以前にくらべて勉強しなくなったというのと同じことですね。

illustration／金子真理

――社会制度が、移行領域を増やしたり減らしたりするということはありませんか？

それはあります。一時、アメリカで多重人格障害のケースと論文数が増えたことがあったのは、同国の保険制度が関係したともいわれています。というのは、ボーダーラインパーソナリティー障害か多重人格障害か、どちらの診断名で保険を請求するかによってお金の出方が違ったわけです。それで、疾患として多重人格障害のほうが増えてしまったという話です。

いずれにしても、さまざまな意味で、移行領域というのは曖昧ではっきりしないものです。でも言えることは、確実にこの領域はあるということです。そこは、ある意味で、私たちの文化のいちばん面白い要素でもあります。そこのおかしさが世の中を楽しくしている。たとえば、阪神タイガースを優勝させたりしてしまう（笑）。

広大で、豊かな〝ボーダーライン〟

――最近は、古典的な意味での精神病も見えづらくなっていると聞きます。たとえば、分裂病の患

者さんでも、誇大妄想などに見られる大きなエピソードがないような……。ドイツの精神病理学者クルト・シュナイダーの有名な「分裂病の一級症状」の型に収まりきらない人が増えているとも聞きます。移行領域で起こっていることといい、心の病の境界で、何か大きな変化が起きているのですか？

最初に断わっておかなければいけないのは、境界問題といっても、分裂病と躁うつ病の境界と、さきほどから話している精神病と神経症の間の移行領域での境界という、まったく別の二つの境界問題があるということです。

想像してもらえばわかると思うのですが、昔は境界問題という場合、それほど重大事になりませんでした。というのは、未治療のまま、とことんまで症状が進行してしまう精神病の人がたくさんいらっしゃったからです。それに対し、ただ手をこまぬいているだけという対応も多かったと思います。長く座敷牢のようなところに入れられるという悲劇的な問題もかつては生みましたからね。でも、最近は私たち精神科医は非常に早期に治療を開始するようになり、その結果、症状も以前ほど典型的なものではなくなってきたといえると思います。

それを裏返して言うと、症状は典型的ではないけれど、ものすごいバリエーションをもった境界線上の病が増え、私たちもさまざまな心の経歴をもった方を取り扱わねばならなくなったのです。と同時に、ものすごいバリエーションを含んだ境界のかたちを認めざるをえなくなりました。それが、昨今の移行領域での境界問題なのです。

それともう一つ昔と違うことは、精神科医同士のコミュニケーションが進み、診断基準の精度が格段に上がったことです。以前はアメリカとイギリスとをくらべても、分裂病の基準は全然違っていました。本当の意味での精神病の国際比較が確立し始めたのは、ほんの二、三十年だと思います。――その国際的な診断基準の一つであるＤＳＭ－Ⅲ（診断と統計のためのマニュアル）に、約十年前、ボーダーラインパーソナリティー障害が新たに加えられ、今日の境界問題が注目されるようになったわけですね。その後、こうした境界例は増えて

いるんですか?
　それもはっきりしないのです。精神科医のなかには、むしろ減ってきているのではないかという人もいるぐらいです。でも境界例というのは、分類に収まりきれないから境界に追いやられるわけです。ある診断基準を設け、これが境界例ですと発表した途端、その基準を避けるように新たなものが発症するということは、当然起こりうることだと思います。
——つかまえたと思った瞬間、指の間からこぼれるのですから、境界例というのは、正しい治療をしたいと思う精神科医にとって難敵ではありませんか?
　そうですね。ですから私たちが主張するのは、患者さんと治療関係をもってからでないと、診断は下せないということです。そこが身体科の医者と決定的に違うところです。それはなにも境界例だけに限りません。わかりやすい例で言えば、たとえば躁うつ病の場合、医者と患者の出会いを通して、躁状態のときもあったし、うつ状態のときもあったということを知って、はじめて躁うつ病という診断がつくわけです。

治療とはどういうことか?

もはや薬物療法抜きには語れない

——この章は、心の病の治療についての質問です。私たちは風邪をひけば医者からクスリをもらったり薬局で買ったり、効かなければ違うクスリを飲んだりします。同様に心の病の場合、クスリにどんな治療効果があるのでしょうか? また、薬物使用に関して、臨床の現場ではどんな点に注意されるのですか?
　僕は心理的治療の専門家ですから、我田引水をするならば、どんどん心理的治療に参加してくださいと呼びかけたいところですが、もう全然、そうした時代ではないですね。精神病だけでなく、多くの治療に関しては、もはや薬物療法抜きには

語ることは許されないのではないかと思います。今は、生物学的な精神医学の進歩が著しいですから、対症療法、それも原因に深くかかわったところの薬物療法というのは、認められていくべきでしょう。

とくに、うつ病の場合、その主たる原因が脳内の生物学的なホルモンのアンバランスであるならば、クスリに反応する可能性も大きくあります。ですから、うつ病であるということが見通しとして立った場合、うつ病の診断をしたうえで投薬を行ないます。そして、心が少し落ち着き回復したところで心理的治療を提案する。患者さんと治療関係を作り、社会復帰をどうするかを話し合ったり、そうした病気の状態になったことがらに繋がる原因や性格的な問題を一緒に考えていくわけです。それを、もし投薬なしに、心の落ち込んでいる状態のときに患者さんの欠点や過去の悲惨な経験を掘り起こしたら、かえって具合を悪くしてしまいます。

僕たち臨床現場の人間が強調したいことは、うつ病は治る可能性が大きい病気であること、精神科にかかることに絶望しないでほしいこと、そして、クスリは飲んですぐに効くものでないということです。クスリの作用は、服用を開始してから最低でも二、三週間はかかりますし、そこで効果が見えなかったら、違うクスリに代えることもできます。ともかく希望を失わず、受診を始めたら、クスリが効かないといった文句や不安はどんどん医者に伝えるべきだと、僕は思うのです。

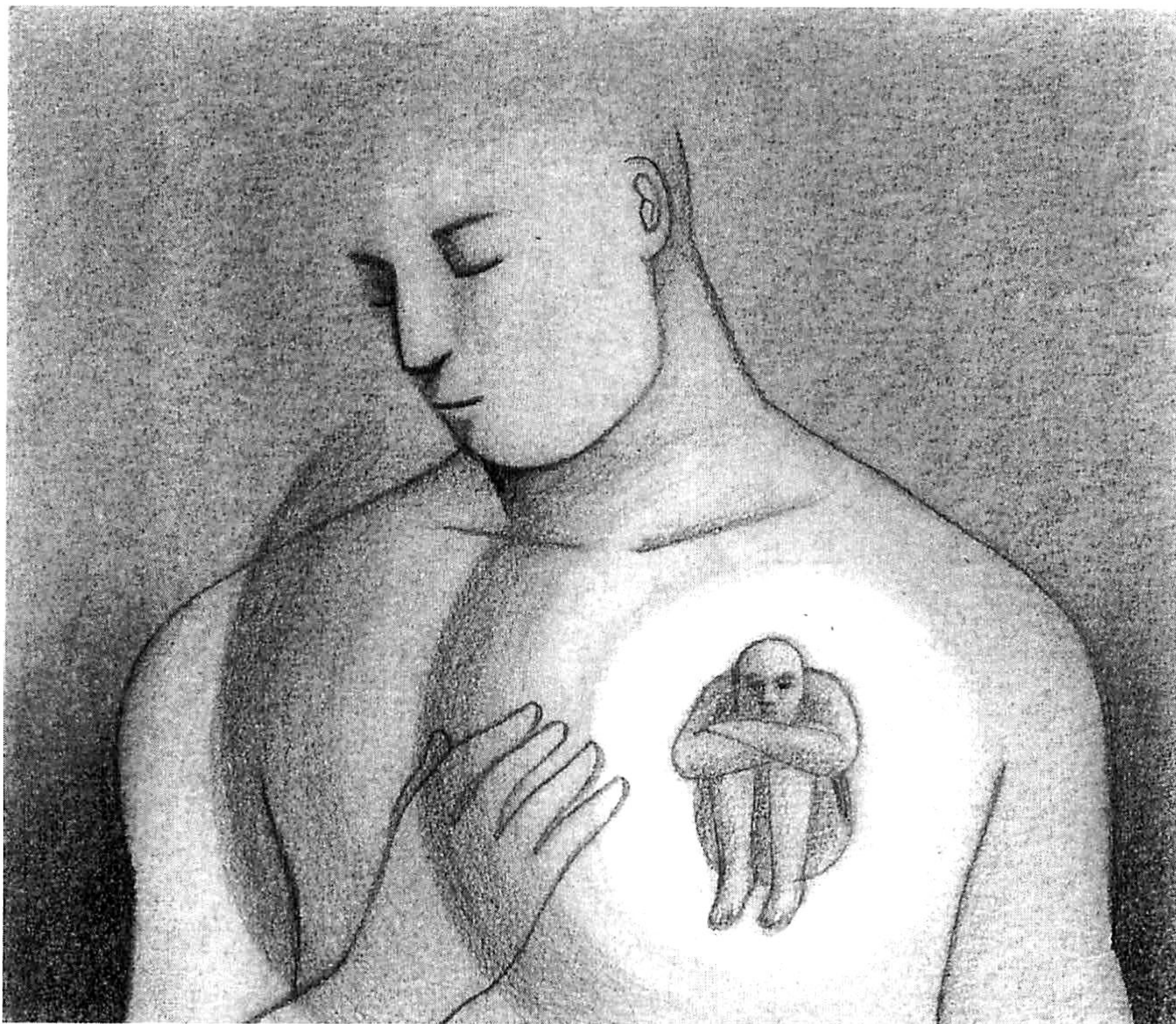
——薬物が治療の基礎になり、クスリの使用によって、コミュニケーションもできるということなんですね。

そのとおりです。ただ、そうすると、薬物療法において、心理的治療はいらないかのように言う人がいるのだけれど、そうではありません。薬物療法を行なわないで心理的治療だけで治る例もたくさんありますし、クスリを使うにしてもどっちみち、一緒に治していこうという努力は必要ですし、そのために医者と治療同盟をどう結んでいくのかなどを患者さんに伝えることが重要になってきます。薬物療法も、心理的治療を通らねばならないということです。

「気づき」とは？

きたやまさんは、自著『みんなの精神科』（講談社）の中で、ジョン・レノンが精神科を受診していたという有名な話を引きながら、とても興味深い治療を例としてあげている。

その治療法とは、プライマリー・セラピー、原初療法というものだ。まず、患者さんが抱える葛藤や不安、恐怖というものの根元までさかのぼっていき、半催眠状態にさせ、その根っこの「原初の叫び」というものを吐き出させるという。ジョン・レノンの場合、根っこには、父親と母親に対する憎しみや怨みがあった。この治療結果は、アルバム『ジョンの魂』の中で、「マザー」という曲に現われた。「お母さん、僕はあなたのものだった、だけどあなたは僕のものじゃなかった」。――ジョンの原初の叫び、それがそのまま歌詞になったのである。

この治療法のことをきたやまさんは、ジョン自身は何も変わらなかったと言っているにもかかわらず、少なくとも彼の抑圧を解放し、表現手段を

得て作品に結実させたのだから、治療の一つの成功例だとし、次のように語っている。

「治療というと、何かが治ること、変わることと捉えがちですが、そうではなくて、たとえば今まで悲しみに無頓着だった人間が、それまで以上に悲しみを味わうことができる、あるいは外側のことばかりに囚われていた人間が内側のことに目を向ける、自分でも気づかなかった自分を動かしていた内面に気がつくという『気づき』を深めるという治療がありえるということです」

——「気づき」とは、とても心に響く治療効果ですね。

それも大事ですが、もっと以前に「心」というものが、まずあるんだということに「気づく」ことが、なかなか大変なことですね。でも、たいていの患者さんはそこに気がつかず、「みんなが私の悪口を言っている」とか、「学校に行きたくない」とか、心以外のことに目を向けられるわけです。

まず、心に思いを馳せる。心に思いをめぐらせてみる。心というものの存在に気づく。そうしたことを治療関係の中で経験できるということが、心理的治療の最初の第一歩と言うことができるのです。

——そういうきっかけがあって、きたやまさんのおっしゃる〝治療同盟〟がはじめて結ばれるわけですね。その後、治療を深めていくうえでの難しさとは何ですか？

私たち精神科医は、心の領域を扱う際の、それぞれのユニークなコンセプトを用意しておかなくてはいけないと思うのです。でないと、だれも納得してくれません。土居健郎さんなら「甘え」の問題を考えてみましょうとか、河合隼雄さんなら母親の問題を考えましょうとか。僕なら比喩としての言葉の問題を考えましょうということになるでしょうか。

そうしたレトリックを通じて、患者さんと共有しなければならないのは、診断というより、ごちゃごちゃしたもののなかに全体の問題として何を見るかという「見立て」です。「あの先生は見立てがうまい」などという言い方をよくします。見

立てというのは応急的な発想ですから、急を要する事態をとりあえずこういうふうに見立て、当面の問題を考えてみましょうということです。この方法が、心理的治療にはとても向いているのです。

たとえば「三つ子の魂百まで」と昔から言います。これは、私たちの心のあり方とは、核となる魂まで、三歳までに決定されていることを解説し、心の領域のありかを指し示してくれている。そういう意味での、見立ての技術の習得が、心の領域の専門家には求められていると思いますね。

〝不適応感〟を橋渡しする治療

――昨今、大学の心理学科がすごい人気です。カウンセラーや精神科医になりたいという感性の人が増えているんでしょうか？　それは心の治療にとって良いことなのでしょうか？

教育問題は本当に奥が深いからひと口には言えませんが、学校に行きたがっている子どもを扱うより、行きたがっていない子どもを扱いたい人が増えているんだと思います。言葉を換えて言うと、社会に適応的に参加する人より、不適応に悩んでいる人が増え、その苦労をもっとも極端な、激しいかたちで悩んでいる人たちを援助したいということだろうと思いますね。

また、こういう言い方もできると思います。私たち自身も実はそんなにぴったりと社会に収まっているわけでもないということです。脱落しないで済んでいるのは、少しは不適応感に橋渡しをする技術に長けているおかげで、ようやく社会でのポジションを得ているわけです。つまり、ボーダーラインパーソナリティー障害の人が広範囲にいるのと同様に、私たち自身も境界的であると言えます。心理学科が今、人気があるというのは、そういう時代の、生き方の技(わざ)みたいなものを生かすところなのでしょうね。

――すぐれた治療者の条件とは何ですか？

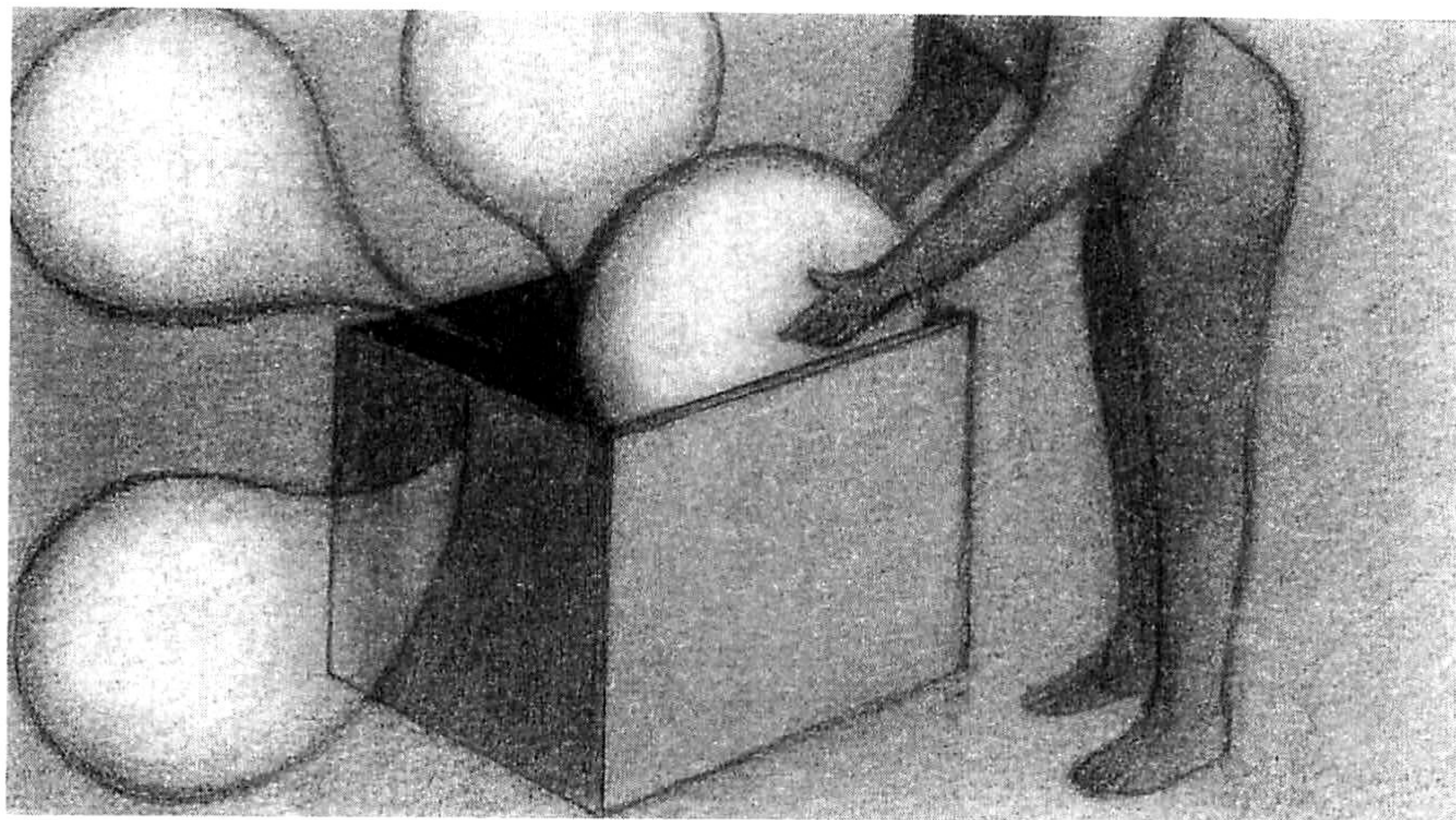
カウンセラー志望者のなかには、知的でカッコ良く、手が汚れない仕事だと思っている人も多いと思います。でも、心の病を扱うとは、心の中の未消化物や膿、傷口を扱うわけです。あるいは「あんなやつは殺してやりたい」という醜い心さえ取り扱うこともあるのですから、心の面できれ

い好きの人は向いていないと言えます。
それから、その人自身がどれぐらい強固な魂をもっているかが問われます。なぜかと言うと、他人の不適応感を橋渡しするということは、いつでも治療者自身が引き裂かれてしまう場所に置かれるということですから、自我の強さが問われるわけです。それは簡単に、入学試験や資格試験では測れない能力だと思います。
――現実の社会というのは猛烈なスピードで動いており、それに対する不適応感はますます強くなっているようです。うまい橋渡し法とは、そうした悩める人たちを元気づけ競争のレールに戻りなさいと言うよりは、もっとほかの道があるんだよと教えてあげることじゃないかと思うのですが……?

ウサギとカメの寓話があります。僕はこれをひとりの人間の中で毎日のように行なわれている葛藤だと捉えています。ウサギは一生懸命うまくやって大成功を収めたと思っても、どこかでズル休みして、カメが勝ちます。でも逆に言えば、その間ウサギは休むことができる。それで、ウサギはその後自分の大失敗に気づき、慌てて亀に追いつこうとするわけです。そういうふうにドラマが展開しながら、カメが勝ったりウサギが勝ったりしている。
私たちは、ウサギかカメか、どちらかの生き方しかできないという二分法に引き裂かれがちですが、本当はそうではないんですね。私たちは、両方の生き方を使い分けながら、両方を橋渡ししてこなしているのだろう、と僕は思います。

現代人の心の行方?

曖昧をこなすこと

ひとりの精神科医としての、きたやまおさむさんのユニークさは、私たちが愉しんでいる文化や私たちとともにある社会現象を題材に、これを鏡として、みんなの「おかしさ」を、わかりやすい

言葉で語りながら、同時に、北山修の名前で、相当に難解な言葉を使いながら、心を精密に描き出す仕事を続けていることである。

その著書『心の消化と排出』（創元社）は、排泄訓練と性格形成が結びつくというフロイトの「肛門理論」を捉え直しながら、日本の〈民俗神経症〉の臨床体験を通して、肛門理論と私たちの強迫神経症的な傾向との関係を、根源的に考え直そうとしている。

その際、心身両義性をもつ日本の身体言語に着目する。飲み込む、吐く、腑に落ちない、胸につかえる、尻ぬぐいする――これらの、文字通りの生臭い身体的体験が比喩になる過程を明らかにしながら、心の「消化」と「排出」の全過程を描き出そうとしている。より詳しくは本を読んでもらいたいが、その中で、心の治療にとって重要なキーワードとは、**心の未消化物＝曖昧をこなすこと**だ。つまり、心にとって割り切れないものや収まりの悪いものを今すぐ解決するのでなく、**置いておいて**、やがて愉しみながら未消化物をこなせるようにすることだという。

念のために一つ注釈すれば、「曖昧をこなす」とは、国際社会のなかでの「曖昧な日本人」を肯定しようと目論むものではない。きたやまさんは、別のところでそのことにふれ、「私たちはNOともYESとも言わないことに対する理論的な基盤と、世界への自己紹介の必要性を自覚しなくてはいけません」と語っている。

その点を踏まえたうえで、「曖昧をこなす」とは、この広範で豊かな境界領域を抱えるようになった〝心の時代〟にどう役立つのか？　きたやまさんは、もうひとりの「北山修」と、ときどき行き来しながら語ってくれた。

――心の治療を考えるうえで、なぜ「曖昧をこなす」ことが必要なのですか？

僕は、世の中にはすっきりしないものや、ごちゃごちゃしたものがあるんだということを説明するには、まわりくどく、曖昧に、すっきりしないかたちで言うしかないと思っています。遊びの重要さを説くには遊びながら語らなければならないし、逆に、明晰なことは明晰に言わなければならない。決して明確なものを曖昧にしたいのではありません。つまり、表現したい意味内容と表現方法が一致していることが重要で、そこが不一致になると人々は総合的にながめる視点を失うことになるし、そうすると「目が点になる」ということです。

別の言い方をすれば、人間は表と裏とか、あるいは本音と建前みたいな二つのものに引き裂かれるわけですが、その間を取りもったり、混ぜ合わせてみたりして、そこに新しい何かを作ったり、発見したりするわけです。そこが、人生のいちばん面白いところであり、宝のありかでもある――ということをはっきり言うためにも、まわりくどいことを、ごちゃごちゃさせながら、二つを橋渡ししながら、提示していく必要があると僕は思うのです。

――きたやまさんは「曖昧をこなす」ために、割り切れないものをしばらく「置いておく」という、もう一つの重要なキーワードを提示されています。「置いておく」とは、どういう治療的な意味があるのでしょう？

昔からの私たち自身の知恵として「間を置く」とか「距離を置く」ということは、本当はけっこう、暮らしのなかでやってきたことだと思うんです。また、私たちは「ちょっと、そこまで」というような曖昧なことを口にして、生臭い内容は匂わすにとどめようとしますしね。

僕が「置いておく」という言葉に惹かれたきっかけの裏話をすると、昭和三十年代にNHKで放送していた『ジェスチャー』というテレビ番組なんです。出題された長い文章を、出演者がジェスチャーで解答するのですが、文章の頭の部分をまずジェスチャーで説明して、そこで「ちょっと置いといて」と言うんです。そこをみんなが合唱するんです（笑）。

まだ少年だった僕は、ははあ、話も置いておくことができるんだと思った。人が言葉を失ったとき、その、もう差し迫ったところで、話はまず置いておくことができる！　それで、最後にまとめればいいんだということを、僕はテレビから学んだのです。今は、どちらかというと、何一つ置いておけない時代になってしまいましたが、そこでちょっと置いておけばいい。問題は、じゃあどこに置いておくんだ？ということになりますが、まあ、それは、ちょっとそこまでと……（笑）。強いて言えば、正常と異常の間に置いておく。最初のほうで言った言葉で言えば、この非常に豊かな、心の移行領域に置いておくということなんですね。

——それが、こなしきれない曖昧をこなすということなんですね？

この課題は、神話物語の昔からある、二律背反の両立しない曖昧や矛盾の領域の問題ですから、なかなか一筋縄ではいきません。でも、ある種の特殊な人たち、たとえば、文学者や芸術家はそれを作品で示してくれているでしょう。あるいは、村の長老などは共同体のだれかに個人的にそれを示してくれただろうし、近所の井戸端会議などでも、この問題をうまく裁いていた人がいたかもしれない。

あるいは、話を聞くのが上手なカウンターバーのバーテンさんだとか、屋台の親父などがもっていたアートだというふうにも言えると思います。そういう人たちは、今でも探せば見つかるのだろ

うけれど、今や、精神科医なりカウンセラーが患者さんとともに、新たにどうやって提示していくことができるか。そして、その矛盾や曖昧を「こなす」技を次の世代にどう引き継いでいくことができるのか、ということが私たちに問われているのだと思います。

ディスクジョッキーと精神科医

——きたやまさんご自身にとって、こなしきれない曖昧なものとは何ですか?

僕は精神医学の世界とは別に、話し言葉の世界をもっていて、そちらのほうは非常にディスクジョッキー的なんです。実際、昔、ディスクジョッキーをやっていましたしね。でも、ものを書こうとすると非常にまわりくどいものになってしまう。人からも『心の消化と排出』は難解だと言われます。この両方に接点を作る方法がなかなか見つからなくて悩んだ経験もあります。というのは、わかりやすい言葉の世界とわかりにくい言葉の世界に接点をもたせ、統合するというのは実は大変な消化能力を要求されるのです。僕は幸い、ひらがなの「きたやまおさむ」で語る場所を与えられたので、そこでなんとか統合したり、妥協させたり、接点を見出そうとしているわけです。けっこう愉しみながらやってきた部分はありますけれど。

少し別の言い方をすると、今もこうして僕はディスクジョッキー的な言葉で語り続ける生活をしながら、一方で遅々として進まぬ臨床現場をもっている。そちらには孤独に悩み、置いてきぼりになりがちな精神の病を抱えた方たちがいるわけです。この間に一つの橋渡しをしようとする試みは、僕の生き方のなかではとても大事なことなのです。つまり、私が『別冊宝島』の読者に、今この瞬間、ここで言った内容のことを、うまく僕は成し遂げられているか? 患者さんに対して今この瞬間、ちゃんと提示できるか?ということが、僕にとっていつも関心事なんです。

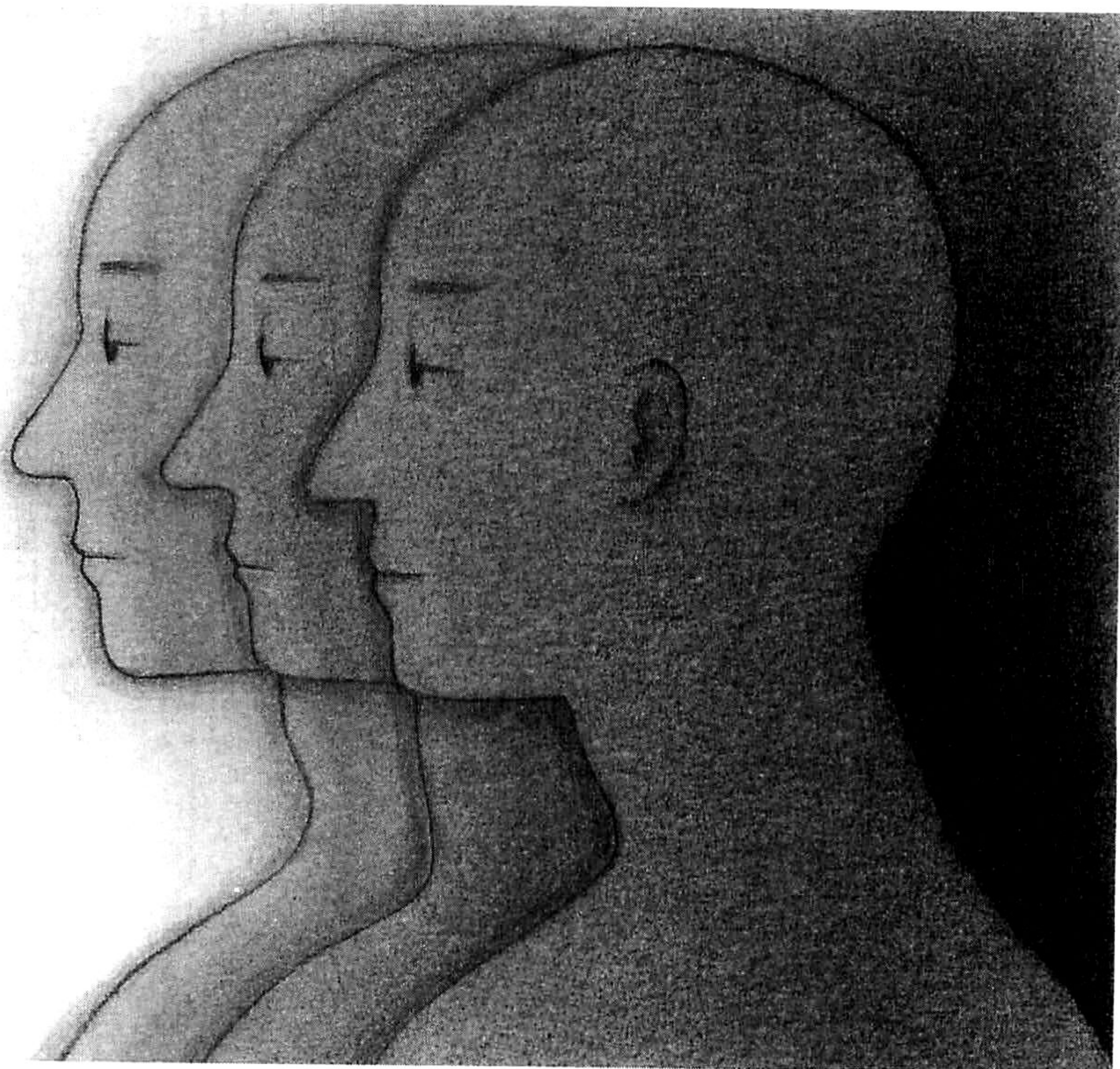
患者さんは、きっとそうした医者の姿を見ているんじゃないかと思います。内なる狂気と外なる正常さの両方の矛盾を、医者自身がどういうふうにこなしているか。もし、うまくこなしていると すれば、それは患者さんに対しても治療的だろう

と僕は思うのです。

——難解だとおっしゃる『心の消化と排出』ですが、身体の比喩として心をわかりやすく解き明かしてくれたような気がします。たとえば、「水に流す」といえば、身体の排出行為であると同時に、心の動きであるような……？

実は本の題名の「排出」が嫌いだと言った方がいたのですが、僕自身、人に嫌悪感を抱かせるだろうと意図してつけた部分もあるんです。なぜなら、それもあってこそ私という心の全体なのですから。

私たちの心の胃袋は、良いものも取り入れますが、どうも毒物もずいぶん混じっているようです。なかには心を強くする毒素もあるかもしれませんが、いずれにしてもそれを取り入れた心が、その後、何をするかというと、また心の外に排出したりするんです。汚いものや邪悪なものを外に撒き散らしたりもするわけです、我々の心たるものは。

でも心の健康にいいものもあります。たとえば一つには温泉に行くこともそうでしょうし、二つ目には心が洗われるような音楽、小説、演劇など

芸術作品ですね。三つ目には宗教的な儀礼とか、お祓いとか清めなどを含めた一連の伝統行事。そうやって考えてみると、心にいいものもけっこうあるんですよ。

心の浄化装置

――漠然とですが、「心の時代」と言われます。私自身もこの二、三年ふっと思うところがあって、お正月や節分の豆撒きなどに一度こだわってみたんです。そうすると、行事ってちょうどいいくらいの周期であるんだということに気づきました。伝統行事には、心を落ち着かせ、気持ちを整理するような効果があるんじゃないでしょうか?

今はとくに心の胃袋にとって悪いものが撒き散らされすぎていますからね。おっしゃるとおり、日本人は日本人らしい心の浄化装置としての文化を作ってきたし、今も作っているんだと思います。

でもそこで、伝統とか文化というものが本物であるかどうかが問われるのです。つまり、これは心に効きますよと、何にでもあてはめていると、下手をすると、壺を買ってくれたら心が楽になりますよというようなことが起こりえますからね。同じような意味で、人間ドックが心にいいというカウンセラーもいますけれど、僕は簡単にはそうだとも言えないと思います。

その際に何が必要かというと、物差しになるのは、どれぐらい私たちの伝統と文化に根ざしているかということなんです。ひょっとしたら六十万円の壺は心に効くかもしれない。でも、私たちが安心して、提供されたものに身を委ねるためには、多くの人に長く愛されてきたという〝ブランド性〟が必要なんです。広く認められ、多くの人が使ってみた結果、副作用も少なかったと、そんなふうにみんなに言われることを通してしか、本当のものは生き残ってこないということなんです。

それからもう一つ大事なことは、ここは一九七〇年代のジャック・ラカンのいたパリでもないし、フロイトのいた一九〇〇年のウィーンの時代でもなく、まぎれもなく二〇〇〇年に近い日本なんです。この時代、この場所にやらねばならない心の問題があるはずである。だとすれば、それはきっとひとりの人間が成し遂げるものではなく、みん

ながやるんだという戦略でなければならないという気が、僕はしています。

——心の時代はみんなで作っていく、ということですね。そのメリットは何ですか？

それは、多くの人の心を通して迎えた結末や、その結果、得られた知識なり経験というものは、それだけ有用だということでしょう。麻原彰晃と一部の偏った人間だけが作ったものというのは、やはり信用できないんです。そうではなく、不特定多数の「心」が、寄ってたかって関与し、そうして作り上げられたものでしか、心というものの広範囲な領域を変えることはできないだろうということなんです。

たとえば、この本が火をつけ、あるいはまた別の何かが火をつけるという具合に、心という問題を取り扱うコミュニケーションのさまざまな流れが、ある種の文化を絶えず作り続ける運動体になればいいかなと、僕は思いますね。

——現代人の「心」はどこへ行くのでしょう？

木村治美さんが『心の時代に』（文春文庫）という本を書いたのは十年ぐらい前でした。実はそれ以前から、これからは心の時代だといわれていましたが、社会の現象面では心理的なものはやせ細るばかりで、ちっとも心の時代はこなかったと思うんです。それに対して、私たちは、心の時代と言いながら本当に心を扱ってきたのかという反省はあります。

でも、僕は精神科医として、この十五年ぐらいを思い返してみても、最近になって精神医学はやっと、心の問題の全体性を地図として提示していく方法を見つけつつあるのではないかという感じがしています。それは十五年前にはわからなかったことです。

ここまで話してきた言葉で言えば、かつての精神病として取り扱いにくくなっている曖昧なものを、心の未消化物と言い切ってもかまわないのではないかという、したたかな手応えも感じられるようになっています。それは僕だけではなく、「矛盾や曖昧に対する耐性をつける」という言い方で、ほかの精神科医も言っています。ひょっとしたら、来世紀の人間の心は、このままもっと図太くなっていけるのかもしれません。◆

◎アディクション
嗜癖のこと。アルコールやモルヒネなどの物質の摂取を中断することで受ける、身体的・精神的苦痛を回避するために再び摂取する心理的現象。最近では、物質だけに限らず人間関係などにも嗜癖が現われているという研究もある。
⇨パチンコ依存症、共依存
◎アンビバレンス
一つの対象に対して、相反する感情や態度を同時にもつ状態。食事を摂ろうとすると同時に、摂るまいとしたり、妻を愛しながらも憎んだり、肯定と否定の矛盾を認めようとしないこと。
⇨自閉症
◎意識狭窄
意識が狭まり、特定の対象にのみ意識が集中し、ほかのことがらには意識が向かない状態。意識狭縮ともいう。
⇨遁走
◎解離
乖離とも書く。高度なストレス状況や、解決がはなはだしく困難な場面に出くわしたとき、葛藤に関連した感情などが自身の精神から切り離され、以前の記憶などが失われてしまうこと。
⇨多重人格障害
◎過敏性腸症候群
心身症の典型的な例。大腸の運動や分泌が活発になることで、下痢や便秘、腹痛などに見舞われ、さらには全身までにもおよぶ自律神経症状が起こる。精神的なストレスが関与しているといわれている。
⇨産後うつ病
◎幻視
意識障害を伴う精神病状態や、アルコールや薬物の影響で出現することもある。光や色などの要素幻視、小動物幻視、小さな人々が見えるこびと幻視、自己像幻視などがある。
◎錯視
対象を誤って知覚する錯覚の一部。鮮明度が低く、錯視とともに錯聴も多く見られる。注意が散漫なために見間違えたり、聴き間違えたりする不注意錯覚や、不安や喜びによる情動錯覚がある。
⇨反社会性人格障害
◎心的外傷後ストレス障害
略語としてＰＴＳＤともいう。過酷なストレス状況に遭った後に、強い恐怖や絶望に見舞われ、これによって睡眠障害やささいなことにも強く反応してしまう状態。災害や事故もさることながら、日常的な家庭での虐待によることも多い。
⇨レム睡眠行動障害、アレキシサイミア
◎対人恐怖症
他人と同席する場面で過度の精神的緊張状態に陥る。そのために、自分が人に嫌われているのでは？　他人に不快感を与えてしまっているのでは？という不安にさいなまれ、他人との関係を避けようとする神経症の一つのパターン。
⇨神経症、醜形恐怖症、摂食障害、選択性緘黙
◎てんかん
慢性の大脳疾患で、古くは神聖病といわれた。意識消失を伴って全身がけいれんを起こすこともある。
⇨レム睡眠行動障害、遁走
◎投影性同一化
精神分析における防衛機制（メカニズム）の一つ。自己の内部の良い部分や悪い部分を、外界の対象に投影し、投影した自己の部分と外界の対象を同一視すること。
⇨自己愛性人格障害
◎半陰陽
染色体の異常により、両性具有になったケース。睾丸と卵巣をもつ真性半陰陽や、男性仮性半陰陽、女性仮性半陰陽などがあり、性転換手術の対象になることもある。
⇨性別同一性障害
◎否認
恐怖を引き起こすような状況や、自分の現実生活にある不安を知覚してはいるものの、恐怖や不安の対象としては認識しないこと。現実に知覚しているのだが、知覚された現実を認めないこころのはたらき。
⇨自己愛性人格障害
◎憑依現象
超自然的な精霊や動物の生霊などが、人間にとり憑く現象。夢遊状態や宗教的な恍惚状態、交代人格や錯乱、トランス状態などに見られることがある。日本では、キツネ、ヘビ、イヌなどの動物の霊が多い。
⇨多重人格障害

▶ジャン・E・D・エスキロール（Jean Etienne Dominique Esquirol；1771-1840）
フランスの精神医学者。モノマニー（狂気）を精神病理学的な観点から規定した。また、公立私立の保護院の入院のあり方や患者の財産保護などを規定した「一八三八年法」の創始者でもある。
⇨ストーカー

▶ジャン・M・シャルコー（Jean Martin Charcot；1825-1893）
フランスの神経学者。催眠術をヒステリー患者にほどこすことによって、ヒステリーのさまざまな現象や症状を明らかにした。彼の講義を聴くために、フロイトやジャネなど各地から研究者が訪れた。
⇨ヒステリー

▶ジグムント・フロイト（Sigmund Freud；1856-1939）
オーストリアの精神科医。精神分析学の祖。思い浮かんだことを自由に話してもらう「自由連想法」によって、過去の性的体験の影響を重視した。これにより、エディプス・コンプレックスや超自我などの概念を導きだした。
⇨多重人格障害

▶オイゲン・ブロイラー（Eugen Blerler；1857-1939）
スイスの精神医学者。精神分裂病という名称をはじめて提唱した。精神分裂病の症状を基礎症状と副次的症状とに分け、さらに病気の過程から生じる一次性症状と二次性症状を分類し、研究成果を残した。
⇨精神分裂病

▶ピエール・ジャネ（Pierre Janet；1859-1947）
フランスの精神医学者。20世紀前半の精神医学界の巨人。習慣による行動や強迫行動、夢などの反復する行動を「心理自動症」として、これをヒステリーと精神衰弱とに分け、自らの精神病理学を打ち立てた。
⇨多重人格障害

▶G・G・ド・クレランボー（Gaetan Gatian de Clérambault；1872-1934）
フランスの精神医学者。パリの警視庁附属精神病院の院長として、強制収容された患者たちの妄想研究にあたり、「精神自動症症候群」や「エロトマニー」の概念を構築した。実習生には精神分析家、ジャック・ラカンもいた。
⇨ストーカー

▶森田正馬（Morita Masatake；1874-1938）
日本独自の精神療法である「森田療法」の創始者。今日でいう神経症を神経質とヒステリーに分類し、本質的に違うものとした。いずれも先天的素質が原因であるという点に特色がある。
⇨神経症、パニック障害

▶クルト・シュナイダー（Kurt Schneider；1887-1967）
ハイデルベルク学派を代表するドイツの精神医学者。何よりも臨床経験、病の内容よりも形式を重視した。精神分裂病の診断でとくに重要なこととして「一級症状」を提示したことでも有名。
⇨回避性人格障害、反社会性人格障害

▶エルンスト・クレッチマー（Ernst Kretschmer；1888-1964）
チュービンゲン学派を代表するドイツの精神医学者。精神医学に性格論を導入し、それまでの臨床経験から、精神疾患と体格が対応しているとし、これらを類型化した。妄想発生のメカニズムの研究でも知られる。
⇨反社会性人格障害、躁うつ病

▶ドナルド・W・ウィニコット（Donald Woods Winnicott；1896-1971）
イギリスの児童精神医学者、精神分析家。子どもの内的な主観世界と外界との接点において、想像的なものが生まれ、それを分析家として取り扱う立場をとる。「移行対象」や「潜在的空間」の概念を生みだした。
⇨不登校、家庭内暴力

▶フバートゥス・テレンバッハ（Hubertus Tellenbach；1914-）
ドイツの精神医学者。うつ病（単極性）の研究者として知られ、「内因（エンドン）」、うつ病になる性格としての「メランコリー親和型」、「前うつ病状況」の概念を用いて、実り豊かな研究成果を残している。
⇨うつ病

◎フォリー・ア・デュー
二人組精神病ともいう。ひとりの妄想や異常行動が、親密な関係にあるもうひとりに同様な影響を与えること。また、同時に複数の人間が同様の妄想や異常行動をとることもあり、感応精神病という言い方もある。
⇨マインドコントロール

◎もうろう状態
意識の範囲が突然に狭まり、まったく異質な精神状態に陥る。一定期間を経て急に回復するが健忘を残す。
⇨遁走

◎離人状態
外界や自己に関する変容感や非現実感を訴える意識の変化。自分が存在していると感じられない、手や足が自分のものとは感じられない、という訴えをする。
⇨手首自傷症候群

執筆者紹介

●澤原光彦　そうのはら・みつひこ
58年岡山県生まれ。川崎医科大学卒。現在、川崎医科大学精神科学教室講師。専門は臨床精神医学（精神病理、精神療法、精神科救急、総合病院精神医学）。共著に『救急マニュアル・第3版（改版中）』（医学書院）がある。

●朝山健太郎　あさやま・けんたろう
69年静岡県生まれ。日本医科大学精神科卒。

●千葉令子　ちば・れいこ
37年宮城県生まれ。神戸大学臨床心理学（研究生）修了。専門は心理相談、心理療法。共著に『青年期カウンセリング入門』（川島書店）がある。

●影山任佐　かげやま・じんすけ
48年福島県生まれ。東京医科歯科大学医学部卒。東京工業大学教授、筑波大学非常勤講師。著書に『空虚な自己の時代』（NHK出版）、『テキストブック殺人学』（日本評論社）などがある。

●原淳　はら・じゅん
56年広島県生まれ。筑波大学大学院博士課程医学研究科修了。医学博士。現在、神奈川医療少年院医務課長、東京工業大学講師。専門は、犯罪精神医学、司法精神医学。共著に『司法精神鑑定例』『司法精神学　精神鑑定』（以上、中山書店）がある。

●北西憲二　きたにし・けんじ
46年埼玉県生まれ。東京慈恵会医科大学卒。現在、成増厚生病院副院長、森田療法研究所所長。専門は精神療法学、森田療法。著書に『「くよくよするな」といわれても、くよくよしてしまう人のために』（法研）、『実践　森田療法』（講談社）などがある。

●鍋田恭孝　なべた・よしたか
47年愛知県生まれ。慶應義塾大学医学部卒。現在、大正大学人間学部教授（臨床心理学専攻）。著書に『対人恐怖・醜形恐怖』（金剛出版）、編著に『心理療法を学ぶ』（有斐閣）、『心理療法のできること・できないこと』（日本評論社）がある。

●大原浩市　おおはら・こういち
60年神奈川県生まれ。東京慈恵会医科大学卒、浜松医科大学大学院修了。共立菊川総合病院医長。

●兼本浩祐　かねもと・こうすけ
57年島根県生まれ。専門は、てんかん学、神経心理学。

●松沢信彦　まつざわ・のぶひこ
57年山形県生まれ。金沢大学医学部卒。現在、東京慈恵会医科大学精神医学教室講師。専門は精神分析、精神病理学。

●岩崎正人　いわさき・まさんど
51年東京都生まれ。日本医科大学卒。精神医学専攻。現在、都立中部総合精神保健福祉センター広報援助課長。著書に『嗜癖のはなし』（集英社）、『今の私は仮の姿――平成パチンコ症候群』（集英社）などがある。

●及川卓　おいかわ・たく
51年生まれ。及川心理臨床研究室室長。ジェンダーとセクシャリティーの臨床研究を行なう。共著に『分裂病の精神病理』（東京大学出版会）などがある。

●石井利文　いしい・としふみ
54年愛媛県生まれ。東京医科歯科大学難治疾患研究所講師、東京工業大学非常勤講師。臨床心理士、医学博士。共著に『壮年期・老年期の異常心理』（新曜社）、『日本の犯罪学　7巻・8巻』（東京大学出版会）、訳書に『プロファイリング――犯罪心理分析入門』（日本評論社）などがある。

●小林隆児　こばやし・りゅうじ
49年鳥取県生まれ。九州大学医学部卒。現在、東海大学健康科学部教授。専門は児童精神医学、乳幼児精神医学。著書に『自閉症の発達精神病理と治療』（岩崎学術出版社）などがある。

●星野仁彦　ほしの・よしひこ
47年福島県生まれ。福島県立医科大学卒。児童精神医学専攻。現在、福島県立医科大学神経精神科臨床副部長・講師。著書に『幼児自閉症の臨床』（新興医学出版社）、『登校拒否児の治療と教育』（日本文化科学社）、『医師のための摂食障害19番』（ヒューマンTY）などがある。

●市川宏伸　いちかわ・ひろのぶ
45年埼玉県生まれ。北海道大学医学部卒。現在、東京都立梅ケ丘病院副院長。専門は児童青年精神医学。著書に『児童精神科実施臨床』『自閉症治療スペクトラム』（共に金剛出版）がある。

●猪子香代　いのこ・かよ
58年愛知県生まれ。東京女子医科大学卒。児童精神医学。名古屋大学大学院医学研究科健康社会医学専攻発育加齢医学、児童精神医学助教授。

●本城秀次　ほんじょう・しゅうじ
49年京都府生まれ。名古屋大学医学部卒。児童精神医学専攻。現在、名古屋大学教育学部教授。共著に『家庭内暴力』、編著に『今日の児童精神科治療』（共に金剛出版）がある。

●清水徹男　しみず・てつお
53年東京都生まれ。大阪大学医学部卒。現在、秋田大学医学部教授（精神科学）。専攻は睡眠科学。

●福西勇夫　ふくにし・いさお
59年香川県生まれ。徳島大学医学部卒。精神医学専攻。現在、東京都精神医学総合研究所副参事。

●柴山雅俊　しばやま・まさとし
53年愛知県生まれ。東京大学医学部卒。精神病理学専攻。現在、虎の門病院精神科医長。共著に『精神科ケースライブラリー　気分障害と類縁反応』『臨床精神医学講座　気分障害』（中山書店）がある。

●安岡誉　やすおか・ほまれ
44年北海道生まれ。札幌医科大学大学院修了。神経精神医学専攻。札幌佐藤病院副院長。専門は精神分析学。

●大矢大　おおや・だい
大阪府生まれ。関西医科大学卒。精神科医、医学博士。関西医科大学精神神経科講師。

●春日武彦　かすが・たけひこ
51年京都府生まれ。日本医科大学卒。精神科医。都立中部総合精神保健福祉センター勤務。著書に『ロマンティックな狂気は存在するか』（大和書房）、『顔面考』（紀伊國屋書店）、共編著に『精神症状へのアプローチ』（南山堂）がある。

●小野博行　おの・ひろゆき
57年香川県生まれ。東京大学医学部医学科卒。現在、東京大学医学部附属病院分

院神経科講師。

●**中野陽子** なかの・ようこ
61年京都府生まれ。総合病院精神科に勤務。精神病理学専攻。

●**三山吉夫** みつやま・よしお
36年山口県生まれ。山口大学卒、九州大学大学院修了。専門は老年期痴呆の治療・介護・福祉。著書に『脳の病気と精神病』（星和書店）、共著に『成人の精神医学』（メジカルビュー社）、『老年精神医学マニュアル』（金原出版）、『痴呆老人百科』（中央法規）がある。

●**尾崎尚子** おざき・なおこ
57年岡山県生まれ。精神科医、医学博士。朝日病院勤務。

●**絵内利啓** えない・としひろ
54年徳島県生まれ。徳島大学医学部卒。精神医学。現在、香川大学教育学部障害児教育講座教官。

●**川谷大治** かわたに・だいじ
52年長崎県生まれ。長崎大学医学部卒。川谷医院院長。専門はボーダーライン、過食症の精神分析療法。

●**渡辺登** わたなべ・のぼる
50年静岡県生まれ。日本大学大学院修了。精神医学専攻。日本大学医学部附属練馬光が丘病院精神神経科科長。著書に『「依存」する心理』（日本実業出版）、『わかっちゃいるけどやめられない心理』（PHP文庫）、『小さな悩みごとを「幸せ」にするヒント』（PHP研究所）がある。

●**後藤健文** ごとう・たけふみ
カルカッタ生まれ。防衛医科大学校卒。現在、防衛医科大学校研究科（精神科）所属。

●**島悟** しま・さとる
51年京都府生まれ。慶應義塾大学医学部卒。東京経済大学教授。専門は精神医学、メンタルヘルス。

●**高橋紳吾** たかはし・しんご
52年広島県生まれ。東邦大学大学院（精神医学）修了。現在、東邦大学医学部助教授。専門は宗教精神病理。著書に『きつねつきの科学』（講談社ブルーバックス）、『超能力と霊能者』（岩波書店）などがある。

●**山崎智嘉** やまざき・ともよし
科学ジャーナリスト。環境、医療、政治から音楽まで縦横に活動する国際派。著書に『電磁波がわかる本』（三笠書房）、共著に『究極の民間療法ガイド』（東洋経済新報社）、『エヴァンゲリオン深層解読ノート』（大和書房）など。

●**高橋繁行** たかはし・しげゆき
54年京都府生まれ。大阪在住のルポライターとして活躍中。著書に『読まずに死ねるか！ お葬式の研究』（大月書店）などがある。

●**成田毅** なりた・たけし
64年青森県生まれ。弘前大学人文学部卒。心理・思想・精神医学系雑誌の編集長を経て、現在、フリー・エディター&ライター。

別冊宝島四二九号［わかりたい あなたのための 異常心理・入門］ 一九九九年三月三日発行

編集長――井上学
編集――成田毅・佐藤孝子
発行人――蓮見清一
発行所――株式会社宝島社© 〒102-8388 東京都千代田区一番町25番地 電話〈営業部〉03-3234-4621 〈編集部〉03-3234-3692
郵便振替00170-1-170829 ㈱宝島社
印刷所――東京書籍印刷株式会社 Printed in Japan

郵 便 は が き

恐縮ですが切手を貼ってお出しください

102-8418

東京都千代田区一番町25

宝島社

愛読者カード係 行

キリトリ線

郵便番号 □□□-□□□□

●読みにくい地名・お名前には必ずふりがなをおふりください

フリガナ

ご住所

フリガナ

お名前

年齢

性別 男・女

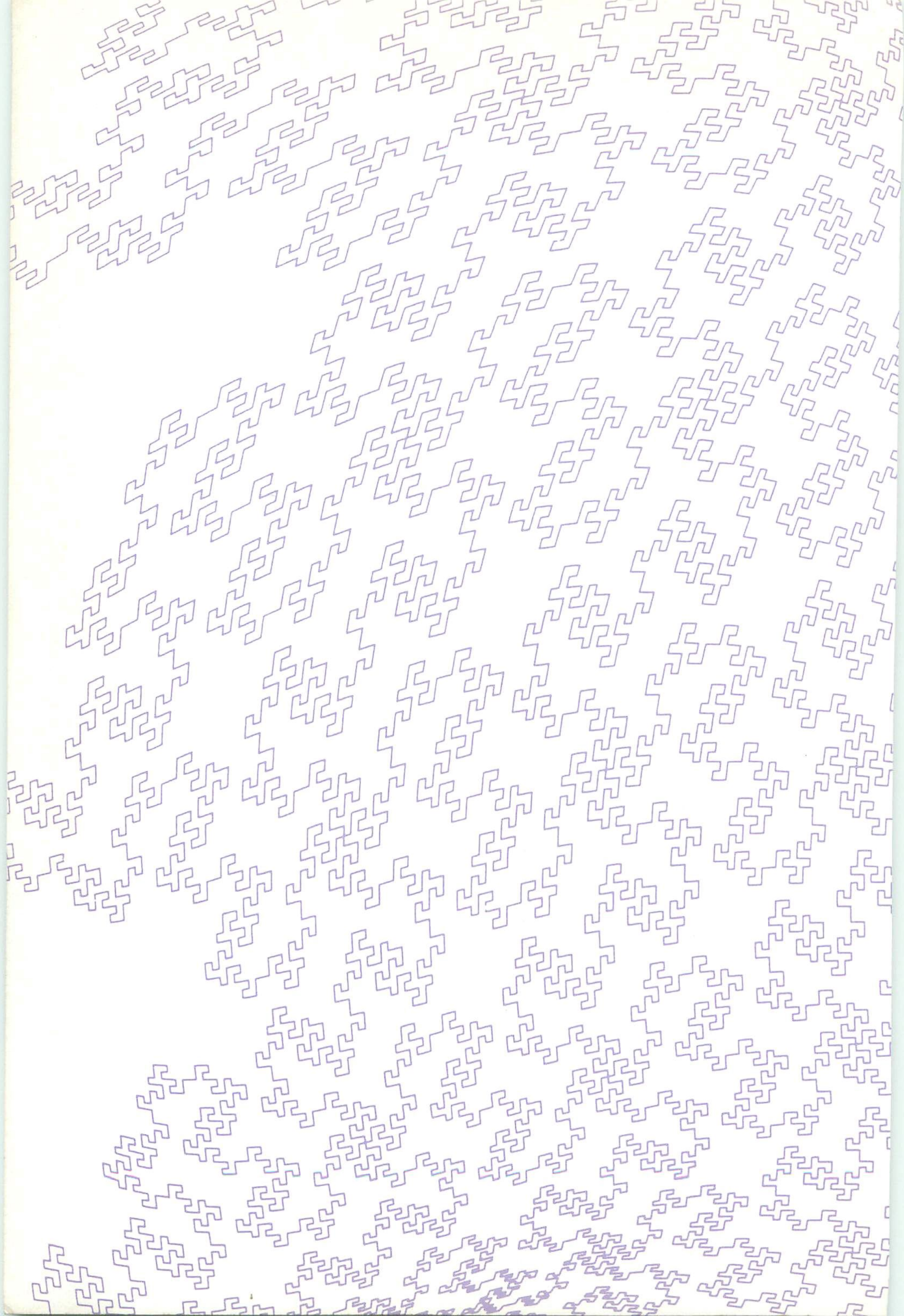
●ご購読雑誌名

●ご購読新聞名(いくつでも)

①朝日 ②毎日 ③読売 ④産経
⑤日経 ⑥スポニチ ⑦日刊スポーツ
⑧夕刊フジ ⑨日刊ゲンダイ
⑩地方紙 ⑪その他

●お買上げ書店名

①別冊宝島を(→いつも読んでいる・ときどき読んでいる・読んでいない)
②別冊宝島の新聞広告をご覧になったことはありますか?(→ある・ない)
③「ある」の方は，どの新聞をご覧になりましたか?
(→朝日・毎日・読売・地方紙・スポニチ・日刊スポーツ・日刊ゲンダイ・夕刊フジ・その他)
④別冊宝島のTVコマーシャルをご覧になったことがありますか?(→ある・ない)

わかりたいあなたのための異常心理・入門

パーソナリティーの病理
◎境界性人格障害
◎演技性人格障害
◎自己愛性人格障害
◎回避性人格障害
◎反社会性人格障害

トラウマの病理
◎神経症
◎醜形恐怖症
◎パニック障害
◎多重人格障害
◎ヒステリー

衝動の病理
◎借金癖
◎パチンコ依存症
◎性別同一性障害
◎フェティシズム
◎小児性愛

行動の病理
◎自閉症
◎注意欠陥多動性障害
◎行為障害
◎睡眠障害
◎レム睡眠行動障害
◎アレキシサイミア
◎摂食障害
◎手首自傷症候群
◎遁走

感情の病理
◎精神分裂病
◎うつ病
◎躁うつ病
◎老年期抑うつ症
◎産後うつ病

家族・社会の病理
◎選択性緘黙
◎不登校・家庭内暴力
◎職場不適応症
◎共依存
◎マタニティー・ブルー
◎マインド・コントロール
◎ストーカー

解説とケースでわかる
第一線の臨床家による
「こころの病理」のカルテ
36

9784796694292

ISBN4-7966-9429-3

C9411 ¥933E

1929411009336

雑誌65990-20

定価：本体933円＋税